

《研究ノート》

チーム医療の活用マネジメントに関する
インタビュー調査の報告（後）

松 田 陽 一

全目次

- I. 調査の目的
- II. 調査の概要
- III. 調査の分析結果の詳細
- IV. 調査の分析結果の要約と考察

本稿は、松田（2016）に引き続き、2014年に当研究室で実施した「チーム医療の活用マネジメントに関するインタビュー調査」（以下、これについては本稿（前）と同様に「本調査」と略称する）結果の概略的内容を報告するものである。なお、詳細な内容等については、松田（2015）を、前編については松田（2016）を参照のこと。

本調査は、学術研究助成基金助成金・基盤研究（C）：課題番号26380508「チーム医療が病院の組織変革に与える影響に関する理論・実証的研究」の援助を受けている。記して感謝を述べる次第である。

III. 調査の分析結果の詳細（敬称略）

以下、質問項目の順に調査結果の概略的内容を示す。

7. チーム医療の推進や活用の際の阻害（抵抗）要因

前アンケートでは、チーム医療を活用・推進するに際しての阻害（抵抗）要因について、上位項目の3つは、①「3. 活用を推進するリーダーの不在(3.59)」、②「2. 医師と他職種とのコミュニケーション不足（3.51）」、③「13. 一人が複数のチームメンバーになる場合のあること（3.51）」である。ただし、数値はそれほど高くはない。

本調査では、上述の回答以外に、リーダーシップの不足、職種を越えての協力姿勢、経営理念の浸透不足、雑務に関わる時間の増加、医療報酬や薬価基準の見直し、役所の許可や指示等が回答としてある。これらの結果を裏づける以下のような病院の回答がある。

A氏「チームとしての最初のルール作りが困難です。最初はかなりの権限を持った人間がルールを作らなければならない

と思います。人的要因による困難もあります。医師のキャラクターの問題、病棟の壁、各科の壁などです。大きいのは、リーダーシップの不足だと思います。最初はこのようなコンセプトでやって、こういうようにやっていこうというのは、誰かが指定してやらないと無理ではないかと思っています。皆のイメージの中で、関係していけばまとまっていくとは思いますが。ですから、リーダーシップは要因としてあると思います。これ以外に、抵抗要因として思うのは、中心人物が適当だったり、相談しにくかったりすることです。例えば、コメディカルに高圧的だったりすると、ほとんど成り立ちません。たまたま当院が相談している2人のドクターが非常に優れていて、ポジティブなフィードバックをする先生なので「あなたの言うことは聞けない」ということがない、という状況です。つまり、ドクターによるということです。クオリティを維持していきたい、私たちがいなくなってもできるように、と先ほど言いましたが、個人的に心の底では、やはりリーダーがだめだったらだめです。リーダーが間違ってしまうと機能しないのではないか、と思うこともあります。(中略)金銭的な待遇を変えているということは全然ありません。皆が何かのチームに入っています。例えば、褥瘡チームとか、嚥下チームとか、いろいろありますから、それほど変えていません。もちろん、今後、専門職に上乘せとか、役職に上乘せとかあるかもしれませんが、変えていません」

C氏「コミュニケーション不足は、どうしても発生します。これだけ話し合ってもやはり何か通じないことがあります。職場が保守的とか消極的とかということもあります。経営数値もかなり影響します。時間的なものも、仕事のものも厳しくなります。やはり余裕がないとできません。(中略)職種を超えて協力する姿勢が乏しく、検査であれば検査課がもっと全面的に協力して欲しいという、看護師的な感覚はあります。しかし、他部門はそれほど思っていないのかもしれませんが。協力しているという意識があるのかかもしれませんが、もう少し部門間で協力して欲しいというのはあります。(中略)チーム医療に関する知識情報量は、まだまだ少ないと思います。私自身も少ないと思っています。今回、このアンケート調査の質問項目を見ながら、本当にチーム医療というのはここまで考えなければいけないのか、こういうことをクリアしなければいけないのかということを変えて感じた次第です」

D氏「最初の頃もそうでしたが、今でもリーダーが大切です。それは思います。とくに委員会等は、チームでリーダーの思いとか頑張りとかで、そこの委員会が良くも悪くもなります。どこの病院もそうだと思います。リーダーは、院長が選抜しています。司会者や委員会の委員長は、大半は、そこの部門の一番上の人が就く場合が多いです。中には、就いてない人もいます。選挙や自・他薦で選ぶことはありません。(中略)経営理念の理解は重要だと思います。看護部門は、唱和をしています。また、各詰所には目標を書いています。他の部門はありません。小さい病院で、薬局部門は2人、ケースワーカー部門でも2人、事務部門でも4人か5人です。職員数は少ないです。職員が全員集まるということは、例えば、研修会、忘年会、あるいは新年会でしょうが、それらはAチームとBチームとが、近くのホテルに1泊してそうことを行っています。時々です。昔は毎年あったようですが、ここ数年は年に1回、焼き肉を食べに行ったりする程度です。部門ではありませんが、詰所ごとで何らかのイベントは行っていると思います。昔は集まるのが好きな人がたくさんいました。最近は、集まろうという若い人があまりいません。反対に若い人を誘っても、「ちょっと行けません」という人が多いようです。以前は、よく行っていました。詰所単位とかで、4月には桜がきれいなので、花見に行ったりもしていました」

F氏「意識の低さ、コミュニケーション不足、多職種が職種を越えて協力する姿勢が乏しいことです。医師の中にはどうしても意識の低い人がいます。例えば、NSTを導入させた方が良いと思われる患者さんがいたとします。NSTのチームでもいろいろな判断基準を作っていますので、介入しようと思っているのですが、微妙な場合には躊躇することがあります。ところが、最終的な段階になって病棟のナースから「この人はどのように栄養管理をした方が良いのだろうか」という相談があっても、もっと早い時点で医師が気づいているはずだからもっと早く相談に来ることはできないのか、ということが時々あります。これから考えると、やはり医師の意識が一番の問題かと思っています。旧態依然とした意識の低い人が、医師の個人レベルではまだいます。あえて言えば、高齢の医師にそれが多くと言えば多いかもしれません。経験が豊富なために、経験でものを言うことが多いからです。今は、経験より関わりです。指摘しても変わらない人は、変わりません。残念ですが、自然に消えていくのは間違いないでしょう。あとは、物理的なもので、時間の問題です。仕事にも少しゆとりができてくれば、患者さんと関わる時間が増えて、皆がもっと良い医療ができるようになっていく気がします。チーム医療なので時間の問題は大きいと思います。しかし、時間については、なかなか難しいです。いろいろなチーム医療に関わっている人は、チーム医療専従で仕事ができれば良いのですが、現実的にそれは難しいです。少なくともキーパーソンを専従の形にすれば、かなり違うとは思っていますが、それも難しいです。実際は、そればかりをしているわけにはいかないからです。(中略)当院は市民病院ですが、市からの強い指導や指示は全くありません。当市の組長は、市長です。

要は組長の考え方です。組長が医療に対して、どの程度の理解があるのかによって、病院の体質や医療機器の整備や設置の程度が違ってきます。職員数にしても公務員ですから、定数条例の中で制限があります。何人でも増やす、というわけにはいきません。ただし、当院の医師や看護師については、ある程度自由にはらせてもらっています。好調な部分があるからだとは思いますが、協力していただいています」

H氏「経営理念の浸透の不足や多職種が職種を越えて協力をする姿勢が乏しかったことが一番大きかったです。スタッフの質が悪すぎました。元々のスタッフは、「私が、私が」という人ばかりで、自分さえ認めてもらったら良いという人が多かったです。これが一番の原因でした。人が転んでも助けない、「私は転ばないから大丈夫」というような人ばかりいたイメージがあります。（中略）医師に対しては、良い顔をします。二重人格者が多かったのだと思います。院長が来ると、すぐ働きます。院長からすれば「よく頑張って、よくやってくれている」ということになります。医師は騙されやすいです。ある程度、斜めに、ゆがんだ見方をした方が良いと思っています」

J氏「多職種が職種を越えて協力する姿勢が乏しいこと、1人が複数のチームメンバーになることを回答しました。やはり、何人かは参加しません。2：6：2の法則です。そこが変わらないと変わらない、と思います。（中略）また、離職率が当院のように低いのは、ある意味弱みにもなっています。例えば、メンバーが固定していますので、活性化しにくい。そこをどう変えるのかですが、「やる人はやる」では、やっている人もストレスになります。「何故私たちばかり…何故あの人たちは参加しない…」ということがどうしてもあります。そこをどう解消するか、です。（中略）最後はどう巻き込むか、だと思います。参加して行っていると楽しい、という様なことをアピールするとかになるのですが、それなかなか成果に結びつきません。その理由ですが、すべてに巻き込まれない、巻き込まれたくないという考え方があるからかもしれません。そういう人と私はよく話をします。当院が本当に地域で必要とされて存立していくには、トップダウンよりも自分たちが何をやるのかというボトムアップで運営していかないと、病院は変わらないということを言います。経営に関しては、看護部長や院長が「こうする」という指示に従うだけですが、現場では患者さんの満足度を上げる、また専門だからその仕事を行っているだけではだめだ、ということです。そのような人が病院のインフォーマルな中でも、どうしてもうまくいきません。そこが動かないと、困ることがそれほどあるわけではありませんが、病院の向かう方向性については理解して欲しいです。サービスの向上という面では、看護師の中のたった1人の言動で「あの病院の看護師は…」となってしまうことがあります。皆が同じようにできることが大事です。指摘されたように、それがおかしいのか、と言われたら微妙です。例えば、「あなたの対応が悪いから辞めてください」という危機感ありません。普通に仕事をしていれば、とくに問題なし、という人が多いです。危機感もあったり、なかったり、だと思います。（中略）患者さんの満足度的には、市議会で「当院の職員は、対応が良くなった」と報告されています。独自のアンケート調査によって、モチベーションや職員の満足度を調査しています。（中略）患者さんからすれば、近隣の民間病院と似たような病院に見えるのかもしれませんが。当院は、そこが弱点かもしれません。民間病院のようにいろいろなことについてタイムリーには対応できません。（中略）責任者は、最終的には市長です。そこの下に院長や事務長がいるのですが、もう一つ権限が弱いと感じています。サービスというのは良くなって普通です。また、変わって、すべてが良くなっているわけではありません」

L氏「医療行為以外の雑務に関わる時間が増えること、および医療報酬や薬価基準の見直しを回答しました。会議や研究会が多くなって、やや疲れ気味です。活性化したいとは思っています。それ以外にチーム医療を活用するに際して、リーダーの不在があります。次世代の育成もできていません。リーダーシップについては、自分の責任もあるかもしれません。理念や方針の浸透不足も含め、職種を越えて協力し、患者さんに対応していくということは、とても強いと思います。皆が協力し合って、仲が良いです。1人が複数に参加しているということが大きいかもしれません。（中略）今後、リーダーの育成について考えてはいます。世代交代をしなくてはいけないと考えています。経営理念や方針の浸透については、それほど大きな組織ではないのですが、今年の現状等を知らないスタッフが明確にいます。役職者だけには、毎月、経営状況の報告はしています。各々の部署の役職者が、それぞれどれだけ意識をしてどこまで伝えていくのかだと思います」

M氏「行政の許可や指示が多いこと、コミュニケーション不足、リーダーの不在、およびリーダーシップやマネジメント力不足です。ただし、リーダーシップとかマネジメント力は、それほど大きな問題にはならないと思います。行政の指示です。個人的にはそう思います。チーム医療というのは、本当の意味で、自らが必要性を感じて、それに対していろいろなものを作って、より良いものを作るという形であれば機能しますし、関係者のやりがいにつながるとは思います。それが、「こういうチーム医療をしなさい、そのためにはこれだけの人を集めなさい」ではうまくいきません。しかし現実には、そうしないと始まらないから仕方がないとは思いますが、それは感じます。（中略）常に危機感は感じていると思います。

そこで、一番の問題はカンファレンスの浸透だと思いますが、これは私たちのチーム医療推進委員会で行っていることを書いたものです。これはかなり個人的な思いも入っています。先ほどの話に戻りますが、結局、特異的な1つのチーム、感染なら感染というあるべきチームの形を作ることはできるのですが、それをよりよく機能させるためには、そのスタッフ1人、1人のスキルにしても、モチベーションにしても、そこを高めるということが重要だと思います。それは、何をするにしても、どのチーム医療にも必要だと思います。それを、皆で高めることができないか、と思っています」

上述の結果は、当研究室が多様なマネジメント施策を対象に、従来から行っている諸アンケート調査とは異なった結果である。従来の諸調査の結果であれば、「保守的な職場風土」、「フォロー施策の未構築」、および「推進プログラムの不十分なこと」等が、施策の種類にはそれほど関係なく上位になることが多い(松田(2011))。ただし、上述したように数値は高くなく、推進を阻害する要因が見出しにくい施策であると指摘できる。

その一方で、前アンケートの質問項目にほとんど該当しない、あるいは要因を見出しにくいとした以下のような病院の回答がある。

E氏「共通しているのは、スコアがそれほど高くないということと、だいたい高いスコアの項目は決まっているということです。会議が多すぎるということについては、イライラしています。「茶話会ではないのだから」とも思います。それを統合しようといういろいろ考えたのですが、それぞれに役割があります。ある人が「こういう事例があるから、何とかしたい」と発言するのですが、そこで時間も使います。しかし私から言わせれば「茶話会をしているのではない」となります。(中略)医療業界における診療報酬上の規制の枠があります。規制の中には、看護師が何人必要である、というのがあります。そうすると、会議に出席しているというのは、「現場にいるわけではない」ということで点数を引かれます。詳細に引かれます。それを引いた時間数が加算されます。それに対して例外が2つだけあります。それは安全と感染に関するものです。ですから、病院としては非常に大事になってきますので、その会議は仕方がない、ということになります。これが経営会議になると、完全にだめです。また、サービス向上に関するものも違います。その2つだけです。それでやっていますから、看護部長は会議が「多い」と言います。現実には人数が引かれるからです。もう一方で、「何人必要です」もあります。私は、「会議参加人数を減らしたらどうか」と言っています。伝達については、「別の工夫をしたらどうか」とも言っています。一番の掛け声として、効率的にやると決めた以上は、タガをはめてしまうことです。「加算がとれます。ですから、これをする必要があります」です。それは1つのやり方だとは思いますが、ただし、私はあまり好きではありません。それだけ会議に人をかけてどうするのか、です」

G氏「当院では、各部署同士の対立意識、例えば、外来ではこうしていたのに、病棟ではこうしていなかったということは、一切認めません。仮にそのようなことを少しでも院長の私が耳に挟んだら、すぐに怒りだすということを皆が知っています。「大企業ならどうしたこうしたと言ってもかまわないが、当院のような中小企業では、同じ場所で飯を食べているのに、そのようなことを言っていたら許さない」と必ず怒ります。ですから、要因はありません。国、県、市からの指導等はあるでしょう。当院で一番の不満は、とにかく薬剤師の不足です。(中略)それ以外には、チーム医療を推進しようとした場合に、一番抵抗勢力になるのは医師です。医師は、自身の経験則でものを言います。経験則で「これは違う」と言います。仮に看護師が「こうです」と言っても聞きません。当院に来院した医師には、「看護師の意見は、尊重してくれないとだめだ」という話をします。理由は、患者さんの傍にいる時間が一番長いのは看護師だからです。ですから、逆に手を抜いている看護師がいると、ものすごく厳しくします。すぐに答えられないとすごく怒ります。患者さんは、はじめから病気を持っているものではありません。いろいろな背景があつてそこに至っているわけですので、それを明確に探らないとだめです。それを明確に行うのが、看護師の仕事です。医療者は、そういうことを知ったうえで患者さんに共感できるか、どうかが一番大きいです。昨今の若い医師や大病院のやり方は、「これが学会のガイドラインで、それがこうだから、これでやります」というのが大半です。ガイドライン至上主義ではないか、と感じています。現場・直感力とか想像力とかが働かないということです。そうなると教育の問題です。若い看護師は1から教育をしていますから、徐々にできていきます。駆け出しのころから当院で教育している医師もそういうようになっていきます。それが重苦しいとか、嫌だとか言う人や大病院から来た人たちが、一番始末が悪いです。(中略)それがストレスにならないかと指摘されれば、ストレスですが、この患者さんを助ける戦略を考えるということは、ある意味面白いです。基本的に、この仕事は、好きで面白いと思っていない

と長続きしません。しんどいと思ったことはありませんが、この歳になると、これ以上は無理にと言うか、体力的にと言うか、考えられなくなるくらいきつい場合があります」

I氏「消極的な雰囲気、コミュニケーション不足、リーダー不在、およびリーダーシップやマネジメント力不足を回答していますが、当院ができていないのではなくて、一般的な要因としてある、ということです。つまり、仮にチーム医療が推進できないのであれば、こういうことが要因だろうと思ったことを回答した、ということです。私はそれほど当院では感じていません。あえて言えば、コミュニケーションです。具体的には、どの職種にでもあてはまるということではありませんが、個人的には、もう一言あったら良いのに、と思うことはあります。医療事故もコミュニケーション不足で起きると指摘されていますので、医療事故が起きるということは、それによることが大きいのだと思います。（中略）今、日本では、チーム医療が定着しつつあると思います。どこでも抵抗なく、皆がすんなり受け入れていると思いますが、そこに至るまでにはかなりいろいろなことを思った人がいたと想像します。（中略）日本でもチーム医療が患者さん側にも定着してきたのではないかと思います。「自分は、皆に診てもらっているのだ」ということです。医師だけに診てもらっているのではなく、看護師だけに診てもらっているわけでもなく、いろいろな職種が自分の医療に関わっているのだということが、患者さん側にも広く浸透してきたのではないかと思います。そこに至るまでには、医師が自分の治療方針にチームが関わるということをずっと許さなかったと思います。それが今は変わってきています。つまり、その方が楽だと気づいたのだと思います。今までは医師1人で責任を負いすぎていました。医師が皆に手伝ってもらえば良いと気づき始めた、ということです」

K氏「当院では、あまり消極的なことはないと思います。あと、医師との関係は大事です。これからいろいろなトラブルの起きることが多いです。医師もいろいろいます。また、リーダーはある程度はいると思いますので、不足ということはありません。経営トップのリーダーシップ、これは私のことですが、それほど優れてもいないし、回答は真ん中あたりにしています。病院の理念や方針の浸透はしていると思います。毎年、ことあるごとに言っています。国や行政団体からの指示や指導は多いのですが、これも関係ありません。病院の経営状況が良くても悪くても阻害要因になるということはないと思います。フォロー施策の未構築、これはあるかもしれません。必ずしも準備が充分ではなくても、開始することはあります。（中略）別の院内活動ですが、当院では、その年、年でいろいろなプロジェクトが出てきますので、そちらの方に力を取られてしまい、阻害要因になるということがあるかもしれません。一番の要因は人間関係だと思います。医師とコメディカルとの人間関係、サポートする事務部も人によりますが、メンバーが良ければ関係は良いです。少しメンバーがのんびりした人だとうまくいかないこともあります。大半はうまくいっています。そのチームの中で、医師と他の人たちの関係が良いとそのチームは、割と活気があります。医師と他職種との意思の疎通が悪いと、不満が募ってくることもあるかもしれません。当院は小さいですから、やりにくい面もあります。企業であれば配置転換等ができますが、それはできません。医師は数が少ないので、役割を重複することが多いです。ただし、医師によっては差異があります。個人的に言えば、医師が人間関係とかチームワークとかに理解があって、また指導的なことをできる医師かどうか、です。他の人たちはそれに従って結構頑張ります。その医師が引ければ、うまくいくと思います。（中略）最後に行きつくところが、人間関係というか、人との和というか、そこが上手くいかないと職員も定着しにくい。指摘されたように医学部時代にそういう教育をした方が絶対に良いと思います。私が当院に来て、そういう立場になって初めてコミュニケーションとか、いろいろなことを意識するようになりました。医療の安全というのは、基本的には単純なミスです。しかし、多くの場合、患者さんが不満なのは、医師や医療者との意思の疎通がうまくいかなかったり、自分の訴えが聞いてもらえなかったりした場合です。治らない病気もあります。治らないのだけれども、きちんとそれを診てもらったかどうかです。そうでないと、それを受け入れられないのだと思います。医療者側がそれをうまくサポートしたり、何とか親身になって支えてくれたりしている、ということがあれば、例えば治らなくても納得していただけると思います。しかし、そこがないと、治っても不満が残ります。逆に治らなくても不満ではない場合もあります。ですから、コミュニケーションは非常に難しいです。当院は、大学の心理学の先生に新人の看護職員対象の泊りがけの研修に来ていただき、年に何回か講演をしてもらっています。コミュニケーションはいまだに永遠のテーマです」

N氏「阻害は多分ないのではないかと、というのが、院長と相談した見解です。リーダー不在とか、マネジメント力不足についてはありません。来年度の活動をどういうものにするのかについては1月から考えています。それを承認してもらい、昨年度の成果や今年度の取り組みを上位職に伝えながら、各チームが活動をしています。ですから、振り返りと今後の課題と言えるかもしれません。メンバーは固定ではありません。リーダーは活動の主となる立場なので、医師が多いです。ただし、退院調整チームの場合は、私がリーダーです。意識の中に、それは退院調整の看護師がリーダーであり、そして

現場を知っていて、さらにチームとしての活動ということであれば、皆が私が固定的になると思っているからです。他のチームは、医師が交替します。ただし、専門、例えば、糖尿病であればその専門の医師がいますので、交替はしません。また、医師が交替しても、だめになるようなことはありません。他の医師もいます。(中略)接遇の研修は行っています。研修としてありますし、個人で勉強している人もいます。接遇は、病院の中の全職員対象で行っています。病気を持っておられて、精神的にも追い詰められた状態の中におられる患者さんは、前向きではありません。前向きにやっていける時期は来るのですが、そういう場合に少しの言葉が傷つけたりすることはあります。(中略)言動は重要だと思います。それがないように努力はしています。こちら、一生懸命行っているんですが、マンパワー不足です。夜勤者であれば、患者さん10人を3人の看護師で見ていくので厳しいです。寝たきりの患者さんは手がかかります。その一方、軽症の患者さんで自分のことが言える人は、不満を訴えられることが逆に多いです。重症の患者さんでも、本人ではなく家族の人が言ってくることもあります。クレームがかなり多いように思われるかもしれませんが、多分、そういう要因だと思います。(中略)「急性期の病院は、3か月入院できるでしょう」ということを、今でも言われる患者さんとか家族の人とかがおられます。昔のことが、すごくインプットされているのだと思います。病院の機能についての説明をさせてもらいながら、ご理解いただくようにはしていますが、どうしても「追い出され感」のある患者(とその家族)さんはおられるようです」

O氏「当院では、阻害というものはそれほどないですし、進んでいることについては気にしていません。いろいろな部署でいろいろな人が主導しています。(中略)チーム医療の起案は部署ではありません。企画室はないのですが、事務部門にあります。ただし、そういう意味の機能は充分ではなく、我々が、委員会等において何人かで相談をして行っているというのが実情です」

P氏「阻害はほとんどないと思います。10年前とか20年前には本当に沢山ありました。今はほとんどありません。昔は、医師同士でも口も利かない時期がありました。しかし、誰かがネックになってチーム医療が推進できないということは、今はありません。看護の内部、医療福祉相談室、事務でも大幅にくなりました。職場は、いろいろなことが形になることによって、達成感が生まれてきます。マイナスの要因があれば、不燃焼感はあるとは思いますが、達成感があります。逆に不安な面はないのかという指摘ですが、たまに誰かが先走りして、チーム内でいざこざがあるというようなことはあります。ただし、それを修正するというか、医療はひとつの職種だけで行っているわけではありませんから、多職種から見るときに、それは少しやり過ぎで、「これは止めておこう」というようなことはあります。推進力と軌道修正力の2つを持ち合わせることが重要だと思います。チーム医療について、医師、看護師、PSW(精神保健福祉士)でも、危機を生じることはあります。それについてどのように対処していくのか、本人や周囲の理解を深める必要があります。場合によっては真剣に厳しく上司が指導することがあります。ここではリーダーシップが問われます。リーダーの選抜と養成が当院の大きな課題です」

Q氏「とくに高い数値の回答はありません。あえて言えば、職員のキャラクターでしょうか。人の意見を受け入れるのかどうかは分かりませんが、とくに医師は協調性があるかどうかは不明です。そういう場合は、我慢です。言い方を変える、こう言ったら多分聞いてくれる、ということを模索します。他の職種には、医師からの指導があります。ただし、何か指導があるという場合にでも他の職種には言いやすいのですが、医師同士で、なおかつ年配の医師に対してはむずかしい面があります。また、その医師を退けてしまうと余計に孤立してしまいます。その場に来てもらって、他の人が一生懸命に話し合っって何かをしようとしている姿を見たら、変わってくれるのではないかと、という考えで対応しています。(中略)元々、多職種が勤務しています。急性期病院に比べて、法的基準は満たしていますが、医師の数が圧倒的に少ないです。細かく患者さんのケアを行おうとなると、多職種で協力し合わないとは完全に無理です。医師もそれが分かっていますから、他の職種に頼りながら、チーム医療ができていくのだと思います」

R氏「大半の項目が該当しないと思います。あえて言えば、抵抗要因はとにかく皆が忙しいことです。現場の看護師の日常仕事は待たなしであります。それとは別に先ほどの委員会に出ないといけません。それは、元々は会議が少なかったのにそれが増えたから、ということがあります。時間をとにかく区切って、だいたい勤務時間内に行っています。NSTの病棟回診は、栄養状態の悪い人にラウンドもします。実際に現場に行きます。ただし、それを行うには、動く必要があります。まずカルテを見てからです。ある程度は、カルテで分かります。褥瘡は、カルテでは分かりません。現場で見えくら、という世界です。褥瘡回診は月に1回、全病棟で行っています。褥瘡は、今、よくデジカメで記録しています。それを残すのは主に比較するためです。文章ではなかなか書けません。昔はスケッチをしていました。これは上手下手の個人差がありますし、微妙な色の変化もあります。今はデジカメが早いので。カメラで撮っておけば、直接、病棟に診に行

かない場合もあります。（中略）前アンケートの集計結果からは、医師と多職種のコミュニケーション不足、活動を推進するリーダーの不在が傾向としてあるという指摘ですが、当院の場合は、内科医は基本的には私1人です。全部の担当です。ですから、他の職員はそれほどチーム医療に興味を示してくれません。（中略）1人が複数のチームメンバーになるのが多いことは、それほど抵抗ではありません。栄養と褥瘡は、基本的には重なりますが、当院の場合、重複するとしても2つぐらいです」

8. HPチームの内容（名称、設置時期、構成メンバーの職種と人数、活動内容）

前アンケートでは、チーム医療の中で最もその構成メンバーに意識・行動に変化の見受けられたチーム医療（「HPチーム（＝High Performance Team）」と略称する）について、その(1)名称、(2)導入年、(3)職種別の人数、および(4)活動状況を尋ねている。

前アンケートでは、名称について、感染対策関連（22.4%）、NST（栄養サポート）関連（20.1%）の多いことが特徴的である。同様に、導入（西暦）年について、最も古いのは「1980年」、最も新しいのは「2014年」である。また、2012年の「10」（17.9%）が突出している。同様に、メンバーの職種別の人数について 平均値として多いのは看護師（4.92人）、医師（2.24人）である。ただし、未記入の回答が多く、職種によっては、まだメンバーになる機会の少ないことが分かる。なお、1病院あたりのHPのメンバーの人数について、平均値は「13.48人」であり、最低は「1人」、最高は「36人」である。最後に、HPチームにおける昨年度の活動状況について、「カンファレンス」「ラウンド」「委員会活動」が、「毎週1回～月1回以上」行われていることが特徴的である。

本調査では、チーム内の内情として、医師の指示や統制範囲・程度が突出していること、仕事成果の高いこと、お互いがモチベーションを高めあっていること、他職員に啓蒙普及していることなどが特徴として回答されている。これらの結果を裏づける以下のような病院の回答がある。

A氏「HPチームは摂食・嚥下チームです」

C氏「最初は、感染チームを考えました。ただし、リーダーシップを発揮している医師はものすごく活発なのですが、周りがついていけていません。ですから、それほどハイパフォーマンスではないという感じです。回答した医療安全チームも、実はハイパフォーマンスと言い難いところがあって、本来はHPチームには入れない方が良かったと、後で思いました。ただし、当院では、いろいろな催し物に多くの部門が関わっています。メンバーとしては13人です。看護師は、代表でこれくらいです。2014年で13年目です。感染チームよりも早く導入しました。委員会自体は感染の方がもっと古かったです。感染は20年くらい前からありましたが、チームとして動いているのではなく、委員会として検討事項を話しあったらそれで解散、ということでした。当院の職員の人数から言えば委員会は多い、と思います。大きな委員会は週1回ですが、看護部であればそこでの委員会を別に開催しています。看護部はほぼ全部その下位委員会を抱えています。大きな委員会の下にリンクするためにそれを含めるとその数はかなり多くなります。休日も出勤することがあります。大きなチームではチーム内の勉強会はほとんどありません。その下位委員会は開催しています。感染は講演会や講習会のような普及活動を行っています。ICD（インфекションコントロールドクター）の医師が、年に1、2回です。医療安全には、リスクマネジャー＝医療安全管理者というリーダーがいます」

D氏「HPチームは医療安全管理チームです。そこが一番です。また、医療安全＝医療の質ということで、一番力を入れています。（中略）常勤が、今、2人です。10月から3人になります。看護師が5人です。今の委員会の中では、一番人数の多いチーム構成で13人です。他のチームはこれより少ないです。職種は5つです。多職種のカンファレンスは、多く入っていますので入れ替り立ち替りにはなりますが、委員会としては一番多いです。2006年に導入しましたが、メンバーは辞めていった人のあとに新しい人が入ります。それで交替しますが、大半は部門長が入っています。ですから、部門長になったら、その人が入るということです。メンバーが交替しても成果が落ちることはありません。頑張っています。医

療安全は、分析発表を毎年行っています。また週に1回、多職種のチームカンファレンスを行っています。普及とか予防対策の関連ですが、認定看護師が地域に出向いて講演をしたのは去年ありました。私も何年前にK市のホテルで地域連携や退院支援について、話をしたことはあります」

E氏「HPチームは栄養管理チームで11人です。少し多いです。委員会で少ないのは5人です。加算の関係から10年前に導入しました。直接的な加算かどうかは別として、入院設備を持っていますから必要です。このチームの運転席に座っているのは、管理栄養士の室長です。何故うまくいっているのかと言えば、それは、その運転席に座っている人の性格に依存する面が大きいです。それ以外に、この種の活動にさける配分時間を持っているということです。管理栄養士が2人というのは、病院規模からすれば多いかもしれません。産婦人科は、患者さんからは食事では選べれます。患者さんの選択基準は、そこにあるらしいです。当院は、産婦人科ほどではないと思います。「患者さんの声」というアンケートを行っていますが、食事については「大変おいしかった」という回答が多いです。食事の評判は割と良いです。量の問題とか、完全な流動食とかだけではなくて、季節ごとにメニューの工夫をしています。病院食ですから、それほどコストはかけられません。その中で工夫をしていくというのは、大変です。そこのトップは、仕事として非常に全体的なパフォーマンスが高いです。理由は、1年365日、何か問題が起こるはずだからです。しかも半分は委託でやっています。それが、ここ3年と少しの間、髪の毛が1回入っただけです。それが1回だけです。ということは、すごくうまく管理をしているということです。そこは非常に高く評価します。その分野に関しては非常に良い結果を出しています」

F氏「HPは感染対策チームです。感染が一番、今は厳格に管理ができていると思います。医師が5人、看護師が1人、薬剤師が2人、臨床検査技師が2人で、全部で10人です。医師の5人が同時に集まることはありません。医師も感染対策と医療コントロールを行います。ICDを持っている人がいますが、彼・彼女らが全員参加して委員会活動をしたり、回診をしたり、そういうことができれば良いのですが、どうしても全員は参加できません。ただし、抗生物質をどの程度使っているかどうかをチェックして、2週間以上使っているような患者さんについては、カルテを開いて、適正に使用されているかどうかをチェックし、厳格に運用しています。感染対策チームは1つです。1チームで回診するのですが、全部を回るわけではありません。問題があるところだけを回れば良いわけです。カンファレンスやラウンドは週に1回です。とくに少ないとは思いません」

H氏「HPチームは電子カルテチームです。元々のスタート時に電子カルテを導入するか、しないかということは、すごく悩みました。それは、紙カルテでもそれほど支障がなかったからです。しかし、あえてここで電子カルテを導入する要因になったのは、診療報酬が変わっている現状で、電子加算がされるようになったことと、DPC（包括評価制度）が入っようがいまいが、全部それで報告することが義務化されたからです。また、それに医療点数がつかまりましたので、これを導入しようということになりました。最初の委員会の招集場合に、各部署の代表に参加してもらったのですが、「業者さんがしてくれるのでしょう」という空気が流れていました。（中略）モチベーションを上げていこうとなったのですが、ふたを開けたら、取りまとめの仕方が分からない、ということになりました。そこで、このような会議をしていて良いと思っているのかと、机をひっくり返して、「解散だ。これならする必要はない」と言って、私は出て行きました。業者にも「こんなことに5,000万円も6,000万円も払わない。帰れ」と言って全部帰らせました。皆、泣きながら事務長室に来て「すみません」と言ったところからスタートしています。そのくらいやらないと、熱くはなりません。「これでもし転んだら5,000万円払いなさい」というくらいまで、責任感を持たせてやりました。そこで皆が一気に目が覚めて、業者さんも当院はすごい、ということになりました。怖い人が1人いただけで、皆がすごく変わりました」

I氏「HPチームとして、病院機能評価＝自主プロジェクトチームを回答しています。そのHPチームは、結局、皆が皆を引っ張っています。そのメンバーがモチベーションを上げています。皆がお互いにかかなり影響し合っていると思います。去年は病院の評価のサーベイの受審年でした。昨2013年11月頃で、ちょうど今頃は佳境だったと思います。このHPチームのメンバー、私もその1人だったのですが、パワーを持った人、ある程度の地位の人、影響力を出せる人たちが自然に集まって、このチームを作りました。上位職から「やりなさい」ということはありませんでした。ですから、すごく楽しくできましたし、皆を引っ張ってもいけました。サーベイというのは病院にとって大作業です。それに向かって皆が一丸となり、それと同時にチームの活動も全部ピックアップして報告するのですが、その際に全部のチームと関わりました。午前9時～午後5時で活動はしていましたが、午後5時ごろになるとまとめていき、今、携わっていることをもう1回、皆で確認しました。具体的には、全部のチームについて、メンバーだけが把握しているのではなくて、このチームの活動は、このようなこともしていたのかということまでも文章にまとめる作業を行いました。それをフィードバックし、当

院でできているところ、できていないところをあげていきました。そのプロジェクトはもう終わっていますので、今年からまた違うことを行います。しかし、このメンバーがほとんどそのまま残って、経営委員会というのができ上がりました。最初はいろいろな情報を共有し合っていこうということです。チームではなく、委員会という形です」

J氏「HPチームはプロジェクトチームの中の感染だと思います。2011年に室として設置し、医師が1人、看護師が1人、薬剤師が1人、検査技師が1人、ICTのメンバー（看護師）が5人、全部で9人です。事務とかは入っていません。他に看護部長と院長です。委員会があって、その下に室があります」

K氏「HPチームは糖尿病ケアチームです。2010年に導入・設置しました。非常に積極的で、医師も良いのですが、中心的な看護師さんがいて、その人が一生懸命です。それに合わせて皆が一生懸命です。自分たちが勉強会をずっと行っています。当院では見本のようなチームです。人数は、多くて15人程度です。職種はかなりバラエティに富んでいて、糖尿病を診るために、医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、理学療法士等のいろいろな職種が関係します。患者さんも多いです」

L氏「HPチームは摂食嚥下チームです。いろいろなことを工夫しながら、多くの職員を対象に研修会などを数多く開催しています。また、摂食嚥下の技術の向上や知識の向上に努めています。元々リハビリにST（言語聴覚士）のいることが特色でした。そのSTがいて、回復期のリハビリがありますので、必要に応じて摂食嚥下になったと思います。リハビリ病棟以外に療養病棟もあります。そこで寝たきりの患者さん、高齢者でターミナルケアの患者さん、人生のターミナル期の患者さんが多くおられます。そういう人たちの口腔ケアを考えていかないといけない、というところから生まれました。あとは、胃ろうなどで食べられない人が多くて、センターアプローチをしたら食べられる人が何人かいるのではないかと、いうところから生まれたのだと思います。12人ですが、他チームもだいたいこのくらいです。医師、薬剤師、看護師、言語聴覚士、介護福祉士、管理栄養士、看護師が各病棟から、またそれに加えて各部署から1人ずつ程度います。（中略）メンバーの中で看護師は交替しています。管理栄養士は人数が少ないので同じです。介護福祉士も交替しています。医師は常勤医師が入りますので、交替はありません。看護師は、リーダーシップを発揮してくれる認定看護師が残って、あとは、何年かに1回少しずつ交替する、ローテーションをする、です。看護師の定着率は良い方だと思います。離職率は低いです。（中略）新卒の採用がなかったため、奨学金制度を作ってもらいました。今は、他の病院でもありますが、割と早い時期に奨学金制度を作ってもらいました。それで、それによる奨学生が毎年2から3人ずつ入って来ている状況です。定着が進み、新人教育も義務化されています。新人研修も早くから明確にしていたので、今年は奨学生以外に3人が新卒者です。しかし、ある程度年が経つと、結婚や出産が問題になります」

M氏「HPチームは精神科チーム医療推進委員会です。全部署から最低1人以上入っていますし、自薦です。他薦もあります。看護部などは大人数ですから、複数の人に入ってもらっています。結局は、16人くらいの人数にはなります」

N氏「HPチームは退院調整チームです。退院支援は、ソーシャルワーカーが担当していました。退院調整看護師もポジシヨンのにはありましたが、実質的な稼働ができていませんでした。退院支援と言っても、看護そのもののなのですが、それに関することを明確にする、という院内学会での話がきっかけでした。そして、2010年にシステムを構築して、同年の院内学会にもう1度提出しました。そこで“さらなる進化を”ということで、システム構築したものについて、さらに見直しをしました。2011年に厚労省がチーム医療の活動に関して調査・公募を行いました。当院も退院調整チームを事例として応募し、採択されて1年間の計画を提出しました。それに関して実質的な稼働状況をまとめて、報告しました。メンバーの人数が17人です。多い方です。実質稼働ができる者はこれよりは少なくなります。他のチームで夜勤をしている看護師もいます。今後、在宅を支えていく中では、このくらいで充分だと思います。とくに別の職種は不要、ということではないのですが、院内に歯科医師はいませんので歯科衛生士に多くを委ねています。（中略）最初に、退院調整看護師だった際に病棟数が多いと、私1人で回るのがすごく負担で、大変だと思いました。リンクナースを置くというのもローテーション的に厳しかったです。リンクナースを置けば、その人の方が負担になります。逆に病棟全体で成長していけば良い、ということです。ですから、誰かに発信すれば、リーダーの存在は、今、病棟に何人かはいますので、そういう人を中心に対応しています。しかし、そこだけが成長しても困ります。患者さんには、受け持ちの主治医と受け持ちの看護師がいますので、その看護師と協働しながら、経験年数は違うのですが、若い看護師と一緒に対応してもらっています。（中略）年数も経てば、皆とどのように協働していくのかというのは、何となく形ができていきます。誰かがリーダーで、誰かが行っていくというのではなく、多職種の皆で行っていくものです。あまり「この人が…」というように決めつけない方が、質の向上にはつながると思います。メンバーの選抜・決定は、ワークアウト時のメンバーと、他に看護部長に相談をして、

退院支援に入るメンバーを決めます。看護部長にお願いをするということです。ただし、「誰を」というのはありません。今のところは固定です。今後、交替もあります。その時の心配は、逆に入りづらいということです。年数が経っても同じ人がいると、新しく入る人が入りづらくなると思います。知らないチームに入っていく方が大変だと思います。ともかく入ってもらって、一緒に行っていきましょうという方が良いと思っています。ですから、誰が来て困る、というのは、多分、ないと思います。（中略）当院では、交流会や夜の食事は、皆、仕事が大変なので、当直や学会等の時期を見ながら、年末年始とか夏とかに行っています」

〇氏「HPチームは呼吸サポートチーム（RST）です。厚労省の加算がつき出したのが2年前ではないかと思っています。人数が22人プラス α なのですが、実際の回診時には、7、8人で行っています。理学療法士として関わっている人、看護師として関わっている人、さらに医師として関わっている人を数えるとそれだけの人数になります。実際に回診についていているのは全部で10人程度だと思います。メンバーは少しずつ変わっていますが、コアは変わっていないと思います。選抜はそれぞれに専門性があって、医師で言えば、呼吸管理に長けた麻酔科とか呼吸器内科の人、看護師で言えばICU（集中治療）とかHCU（高度治療）の人、呼吸を専門にしたような認定看護師を選抜します。理学療法士の中でも周術期、手術の前後の機能の回復を図るような人たちがコアです。自薦や他薦はあるかもしれませんが、しかし、その場合には、あの人はこれに詳しいからとか、この分野を非常に熱心に取り組んでいるからとか、そういう観点から選抜しています。RST以外にも感染チームもかなり良いと思います。NST（＝栄養チーム）も良くやっているといます」

P氏「HPチームは病床運営ミーティングチームです。メンバーは、医師は5人から10人、それ以外の看護師等が15人程度です。影響力は大きいです。事務長も参加しています。ただし、臨床心理士、作業療法士、理学療法士、検査技師はほとんど参加しません。今後、新たな職種を入れることについては、とくに今すぐには考えていません。カンファレンスは多いです。院外の人も加わった関係者会議もかなり行っています。チーム内の勉強会も多いと思います。講演会で話すことは各職種とも多いです。精神科急性期だけではなくて、アルコール依存症や認知症の講師で呼ばれたり、雑誌に取材・記事掲載されたりすることもよくあります。行動制限などについて、講師として看護師などが呼ばれたり、また見学にお見えになったりすることもあります。東京や兵庫の病院からPSWが38人見学に来られました。大阪府立の高校教師の会が見学に来られたこともあります。その他の病院からの見学もあります。2015年3月に、これらのことがテレビ朝日に開放医療として放映されました。研修参加は平日が大半です。時間外や土日の研修も多いです。仕事上での研修は、それなりに病院から経費を支給され出勤扱いされます」

Q氏「HPチームは栄養サポートチーム（NST）です。栄養サポートが主である回診は、他院にはそれほどありません。療養病棟で加算がとれるようになったというのは大きいです。その研修を受けた4職種は必ず出席します。勤務を調整しながら、それぞれが研修を、何人が交替で受けています。2012年から導入しましたが、委員会自体は、前々からありました。専従の職員が就いたのが2012年です。人数は15人ですが、毎回、全員が回診しているわけではありません。構成としては、15人ですが、医師は3人いても、回診時にその3人が同時には回診しません。大きなメンバーの入れ替えはありません。このNSTに、入職1年内のメンバーはいません。一番新しい職員が去年までいたか、いないかです。NSTであれば、1人の患者さんについて5分、長くて10分くらいです。トータルで、2時間から2時間半くらいです。チームによりますが、例えば、栄養が主であれば、管理栄養士が主導します。ICTラウンドでは、患者さん1人に対して10分くらいかかります。その際に抗菌薬の使用が正しいかどうか確認していきますが、抗菌薬を主にして回診する際には、薬剤師が主導します。普及活動としての講演会や講習会等は栄養サポートチームとしてはありません。委員会が、研修会を定期的に開催してはいますが、職員研修です。院外向けとしては、講師依頼などはありませんが、それはチームではなくて個人に対してあります。今後は、チーム内で共有できた現場で分かったことや新しい知見を院外の人たちへ研修会等で普及・啓蒙しても良いと思っています。ただし、院外の前に当院の職員にもできていない人がいます。ですから、まずは職員からかもしれません。多職種の連携会議は、連携先のケアマネ、訪問看護師、在宅チームの人たちと当院の職員と交流するような場として別の機会を年に2回もっています」

R氏「HPチームはNSTです。導入したのは、2012年です。その目的は、診療報酬に関して、栄養管理を厳格にすることです。従来、褥瘡の担当者で栄養管理をしようと思っても、なかなかできませんでした。また、そこまでする必要はあるのか、という議論がありました。ところが診療報酬の改定時から栄養管理を厳格にすることが盛り込まれています。あとは、誤嚥性肺炎が割と多いです。これも栄養管理になりますので、食べさせて良いもの、悪いものを区分する必要があります。以前は、のどに詰まるから刻みなさい、いわゆる刻み食（キザミシヨク）です。しかし、これは飲み

込みができない人にとっては、だめです。刻んではいけません。ある程度の形を作ってあげた方が飲み込めます。柔らかい一口サイズの大きさにするか、ドロドロにするか、です。固形で刻んだらそれができません。そういうことも含めていろいろあります。NSTが入ることで、感染にしても良くなります。栄養状態を上げることができます。医師が1人、看護師が2人、薬剤師が1人、管理栄養士が2人、全部で6人です。基本的には、4職種で充分です。ですから、最低は4人です。当院は、約430床の大病院ですが、残念ながら管理栄養士は2人しかいません。医師にしても、内科医は2人いますが、基本的には私が1人です。しかし、逆に6人くらいの方が、小回りが利きます。あとはリンクナースがいますので大きな問題はありません。メンバーは、どちらかと言えば、私と師長で決めました。（中略）このメンバーは変わっていません。世代交代ではないのですが、それぞれにリンクナースの中から交替はあると思います。ただし、今すぐの交替はありません。チーム内の懇親会とかは、今は、忙しいですからなかなかできません。ミーティングの時間調整だけでもかなり大変です。今年から、忘年会くらいはしたい、という話は実際に出ています。以前は、そういう集まりはありませんでした。今は研修会で皆が行った際に、一緒にランチを食べる、あるいは、夕方、例えば6時ごろに終わったら晩ご飯を一緒に食べて帰る、です。そういう場合には食事を兼ねた会議です。気心が知れてきて、言いたいことが言えるようになりました。学会発表、講演会とか講習会活動を今後増やしたいということは、できればそうしたい、というレベルです。時間が無いということもあります。（中略）一緒に顔を合やす機会が増えたことで、何でも言える関係になったというのはものすごく大きいです。一番良い例が、栄養士です。どちらかと言えば、それまでは全くかやの外でした。今は、病棟栄養士です。薬剤師にしても、薬を調剤しているだけというイメージがあったのですが、今は病棟薬剤師です。実際に皆が入っています。このチームでも、構成メンバーの必須要件として、必ずそれぞれの職種が入ってきます。その点はむしろ良いと思っています。医師中心の社会ですので今の医療制度では、どうしても医師の指示が無いと動けません。栄養にしても薬にしても検査にしてもそうです。チームを組むことによって、指示は医師が出すのですが、各専門職からいろいろな情報をもらえます」

9. HPチームとそれ以外のチーム医療との差異

前アンケートでは、HPチームと他の医療チームとの差異について、上位項目の3つは、①「8. チーム内のコミュニケーション度（3.84）」、②「13. 保持する専門知識や経験のレベル（3.83）」、③「16. チーム内のリーダー的存在のリーダーシップ（3.82）」である。ただし、数値はそれほど高くない。

上述については、全般的に数値が高くないことから、それほど差異があるとは考えにくい。その理由は、差異が測定しにくいことにあって考えられる。具体的には、上述の間6（松田（2016）参照）と同様に、回答病院の大半においては、ほぼ全員の職員が何らかのチーム医療、あるいはチーム活動に参加しており、彼・彼女らの意識・行動変化とチーム医療の影響関連が回答（＝観察）者と回答（＝観察）時点によって判別しにくかったのではないかと、ということである。

本調査では、上述の回答以外に、仕事満足度、配慮行動、カンファレンスや委員会の開催頻度、患者の満足度や動向の把握、経営方針・状況の理解、安全意識、仕事のスピードや効率性などが回答としてある。これらの結果を裏づける以下のような病院の回答がある。

A氏「HP以外のチームには、感染対策委員会、安全対策委員会、褥瘡委員会があります。これらは定期的活動を厚生労働省より義務づけられています。活動内容と議事録についてもチェックが入ります。（中略）仕事満足度、チーム内のコミュニケーション度にかかなり差異があると思います。例えば、リスクマネジメント部門とか、感染対策チームとかも一応チームという形でリーダーがいて、フィードバックをしながらやっていかないといけないということにはなっています。しかし、摂食や嚥下チームと比較して、多くは一方通行で、やった形だけになっているようです。これはHPチームではありません。これについては、フィードバックがないのが最大の問題です。一方通行であるのと、そこに時間を費やしていないのが大きいと思います。ただし、感染とかリスクマネジメントとかというのは、やりすぎると少し大変になります。例えば、感染対策チームなどは、すごく厳しくなると、いきなり抗生剤を止めたりします。耐性菌を作るからこれ以上は使わないで欲しい、ということです。あとは隔離をしてくださいますか、また絶対にできないのに転院をさせて欲しいとか、そういうことが生じてきます。感染対策チームというのは、個人的にはやりすぎるときつく、ある意味ではめめるとい

ます。ですから、このくらいにしておこうという形で納めていくのが良いと考えています」

C氏「配慮行動とか、コミュニケーションとかに差異はあります。HPチームの方が高いです。前アンケートの質問項目の全てに高く、部門に直接関連している部分で言えば、医療安全が一番身近にどの人にも関わっています。チーム独自のルールとかはありません。ルールといっても、何かを企画したり、実行する場合にチーム内でのルール作りをしたり、というものはあります。チーム内で話し合っ、動きやすくはしているようです。メンバーが変わっても、それはできると思います。リーダーがしっかりしていれば可能だと思います。リーダーの力が一番強いと思います。とくに多職種になればなるほどそうだと思います。ただし、日々、リーダーの指示を待つということではありません。また、仕切るという形で、感染は動きます。退院調整や医療安全もリーダーが仕切ります。他のチームで言えば、リーダーの一言ではなく話し合いがあります。患者さんに一番直近の者があちこちにメッセージを送って調整をするという場合はあります。ただし、内容の重大さ次第だと思います」

E氏「仕事の効率、スピード、リーダーシップです。繰り返しになりますが、これは、運転席に座っている人の発想と実行力、しつこさ、結果を出そうという気持ちだと思います。仮説の立て方とその検証の仕方、またそれをどのように普及させ、どのように回していくのか、ということだと思います。もう少し言うと、考えないということがものすごくあります。「こんなレポートを何故出しているのか。無駄だと思わないのか」というのはあります。マンネリ感もあります」

F氏「リーダーのリーダーシップは大きいです。属人的、あるいは個人的なものだと思います。医師はリーダーをそれほどしたくないと思っている、と思います。それは、仕事が増えるからです。私は、個人的には医師で嬉々として、仕事をしている人をそれほど見たことがありません。やらないといけないという責任感です。しかし、皆がそれだけの強い責任感をもって仕事をしているとは考えられないというか、見えません。医師の責任感が強いかわいかによっても、アクティビティは当然違ってくると思います」

I氏「安全意識、活性化、スピードに差異があります。結果を出すまでの時間が違うと思います。それ以外にコミュニケーション度が高いと思います。言いたいことが言える、です。厳しく叱られることもあります。それは上位であれ、下位であれ、職位に関係なく行っています。他チームには、多分、あそこまではないと思います。会話量も違うと思います。自然に生まれてきたチームですので、やらされ感は全くありません。メンバーの構成は、意図的に誰かが選んだわけではないです。皆が、「自分かな」と思っていました」

J氏「経営状況に対して意識が高いことと、行動が変わったことを回答しました。他に、指摘された普及・啓蒙活動として講演会は行っています。ケーブルテレビにはまだ出演していません。学校や幼稚園での説明会はまだできていません」

K氏「HPチームは他チームに比べて安全意識が高いと思います。糖尿病の患者さんは低血糖発作と言って、意識がなくなって転ぶとか、いろいろなことがあります。チームのメンバーは、低血糖の場合に対応できるようにポシエットを作っ、その中に糖を入れたり、いろいろなことをしたりして、患者さんを啓蒙しています。また、そういうものを安く調達できるように、院内で原価としてしか請求しないような形で患者さんに渡しています。これ以外に、スピード化、効率化、活性化です」

M氏「活性化、意識、満足度、チーム内の職員の配慮行動とかコミュニケーションを回答しました。最初は、多職種から自己推薦で参加していただき、年も随分若い人から上までいろいろな人がいて、立場も役職者からそうではない人まで混ざっていました。しかし、皆があまり意見を言いませんでした。お互いに相手の様子をうかがうというか、それがありました。意見を言ってもらわないと困る、という雰囲気、ずっと行っていたのですが、最近、意見が逆に出過ぎて、私が困るくらいで、喧々諤々という感じです。良くなったと思います。それは、1年以上同じ釜の飯を食べながら、同じことを行っていると、同じようになるということだと思います。それ以外には、合同カンファレンスを導入し、ある1つの目標に対して皆で取り組んで実現しました。また、職場アンケートを全職員対象に行いました。その結果を集計し、皆でまとめて発表をするという作業の中で、委員会の中で小グループを幾つか作って作業し、その後大グループで協議しました。すると、小さいグループの小さな協議をした後、今度は少し人数が多くなった集団で協議するというように、サイズをステップアップしたことで、どこでも言えるような感じになったと思います。チームを作っ、1年くらいから活発になりました。人に対して、皆が日頃思っていたり、感じたりすることをうまくどうですか、というように引き出しています。

あまり話さない人も、自分の意見として発言するようになると、そこにいろいろな人が話をつけ加えていき、次々と広がっていきます。途中で、合同カンファレンスを導入しようと、目標が明確になったのが1つのきっかけになったとは思いますが。（中略）指摘のあった成功体験で言えば、法人全体の先ほどの合同カンファレンスです。実際にその企画ができたり、全体のアンケート調査をしたり、それを集計して院内で発表したりすることもしました。本当にいろいろです。それぞれの部署が退院サマリーを作っていたのですが、1枚にした方が良いのではないかとということで、作り直しました。分散しているサマリーも、1つにまとめて見るほうが簡単だと思って提案したのですが、やってみるとすごくエネルギーがいる作業でした。それでも、皆でやり遂げています。（中略）率直なところ、メンバーが変わったら、一時は今ほどの活動は維持できないでしょう。でも白紙から始まって、2年間でここまで来れた、という経験をしていますから、メンバーが変わっても、色は変わるかもしれませんが、また同じ水準には行ける、と楽観的ですが考えています」

N氏「入院と外来の患者数の動向に関する意識に差異があると思います。急性期の病院は、在院日数は10日以内です。そのことに関しては、意識も高いです。難病、脳こうそく、脳出血の患者さんは、繰り返し入院されたり、再入院率も高かったりします。そういう意味でも関わりは直接ですので、退院に関してはいろいろとあります。外来においても、退院したからそれで終わってしまうわけではありません。退院支援チームは、外来での通院の様子を見ながら、在宅療養支援という形で活動しています。本当に和気あいあいという仲が良いです。ただし、お互いに仲が良いからこそ厳しいことも言いあえています。本当に意識が高い人ばかりです。そういう意味では、私は良い刺激をもらっています。なれ合いになっていくチームとは違うと思っています。本当に「さらなる進化を」ということをうたい文句にしています。病院の中だけを見ていると、どうしても息詰まる場所もありますので、外の病院に見学に行かせてもらったこともあります。そういうことがすごく刺激になっています。互いの病院の交流ができ、そういう意味で、HPチームは連携を図ることがうまいと思います。在宅の人たち、ケアマネジャー、医師、訪問看護師との連携もうまいです。病院だけで完結する時代ではありませんから、いろいろなところとうまく関わりが持てていると思います。退院したから、そこで切れてしまうのではなくて、退院してから後も、日常生活をこちらにフィードバックしてもらっています。それが逆に病棟の看護師に頑張っていることへのフィードバックにつながります。他病院の医師や訪問看護師さんからも直接困り事の相談をいただいています。その一方で、今は、現場の退院調整はかなり大変です。ソーシャルワーカーも同様です。退院支援の必要な患者さんがかなり増えています。そういうケースがすごく増えていることは、今年度の課題です。院内では、退院支援がやりやすいようなものを新しく作っていかうということがあります。去年から始めてはいるのですが、それが少し停滞しています。仕事時間内にできていないということです。しかし、1人でできるのかと言えば、1人ではできませんし、当院もなかなかその時間がとれない状況です。それをチームの中だけで行うのか、現場の人の意見を聞きながら現場を巻き込んで行うのかということも、検証しながら決めていくと思います。生身の人間ですので、なかなか難しいです。患者さんから、「あれは良くなかった」と指摘されると反省します。指摘いただけるというのは良いことです。指摘されずに陰で言われるよりはストレートに指摘されると、参考にさせてもらいます、今後のこととして考えさせてもらいます、という形で答えています。逆に言いにくいことを言うてくださるというのは、良い関係だと思います」

O氏「安全意識とか仕事の効率化やスピードに長けているとか、コミュニケーション度が良いとかだと思います。ワンイッシュでは片づかないくらい多様な要素があります。患者さんについても、呼吸関連についても多種多様ですし、やることもたくさんあります。選択肢もたくさんあります。ですから、逆にやりやすいと思います。仲の良いチームは、帰りにお茶をしたり、誕生日会をしたりしています。プロフェッショナルとは言え、そうだと思います。リーダー的存在のリーダーシップが良かったということはもちろんあります。ただし、リーダーが医師とは限りません。そうとは限らないのが、今のチーム医療です。これら以外にも、基本は、皆が同じようなベクトルで、高い志があって、お互いを尊重し合うということがあれば、何でもうまくいくのではないのでしょうか。それは、リーダーの意識の高さです。到達目標はどこまでかということがあります」

P氏「大半の項目に差異があります。病床運用ミーティングのメンバーは、診療に携わっている医師と院長・副院長と病棟の看護責任者等です。普段は、急性期治療病棟や重度慢性期病棟で、保護室への入院依頼が来た場合にスムーズにその依頼を受けるために、保護室使用中の当事者の病状を検討し、調整して、保護室を開けています。しかし場合によっては、病床運用ミーティングでそれを決めることもあります。診療の質を確保しながら有効にベッドを回していくということです。安全と接遇を重視して、病棟間の連携とかを加味しながら判断することになります。他のチーム医療ではこのような決定権はありません。病床運営ミーティングチームに、今は改善等の必要はないと考えています。もちろんパーフェクトではありませんし、医師は外来も研修日もありますので、必ず出席できるかどうかは分かりません。タイムリーに出席し

てもらえないという悩みはあります。例えば、当事者の転棟の場合に担当医がいないと、時として院長がやむなく代理で決めざるを得ないこともあります。そのあたりは慎重に判断すべきことでもあり、総合した判断をしなければいけないと思います。当院は、一番重症でハードな病棟でもドアが開いています。開放医療です。それには信頼関係です。地域を支える人、この地域の人、そしてご本人達との信頼関係です」

Q氏「活性化意識、患者数の動向に関する意識、入院と外来の患者さんの満足度に対する意識に差異があると思います。高齢者が多いので、食欲不振で入院する方もいます。あとは脱水です。そういう状況で、NST活動をして、状態が安定したので退院できるというように早くもっていきたいと考えています。入院退院に関する稼働率を上げて回転を上げるということです。ここが違います。逆に、NSTの活動の内容が少し違うのではないかと、と思います」

R氏「安全意識とか活性化、スピード、満足度等です。とくに一番新しいだけに、皆のやる気はすごいです。月に1回は勉強会とかいろいろあります。また、勤務時間を上手に調節して委員会研修ということで年に1回程度は出張で県外に出て行くようにしています」

その一方で、やや異なった、それほど差異はない、とした以下のような病院の回答がある。

D氏「HPチームは、頑張っていますがそれほど差異はないと思います。基本的に差異はないです。あえて言えば医療安全管理チームが長けていますが、他のチームも引けを取りません。皆さんが頑張っています。質がどうかという問題になってくると思います。私が入っていないチームもありますので、効率的に、効果的に運営がなされているのか、そのあたりは少しよく分からないところがあります。よく分からないというか、医療安全のチームと比べたことがそれほどありませんので、そのあたりがよく分からないということです」

H氏「それほど差異は感じませんが、あえて言えば、患者さんの満足度とか、病院の経営方針の理解については、HP＝電子カルテチームの方がやや高いと思います」

L氏「専門性、経験のレベル、カンファレンスやミーティングの頻度が多いことです。学会などは必ず皆で行っています。年に1回か2回です。リーダー的存在のリーダーシップが他のチームよりもやや高いとは思いますが、どのチームもそれほど差異はありません。皆、同じような感じです。また、本当に差異があるかどうかはよく分かりません。相手を意識してやっているのか、他のチームを意識して自分たちのチームも、という感じでやっているのかはよく分かりません」

10. チーム医療の課題

前アンケートでは、(1)チーム医療の活用の課題として、リーダー（資質、育成）やリーダーシップ、会議・研修・カンファレンスの時間、仕事のやり方や協力体制、メンバーの専門能力の向上、複数のチーム（委員会）兼任等に関する課題が指摘されている。

また、(2)チーム医療以外のチーム活動の課題として、活動のやり方（情報伝達、情報共有とその方法、浅い仕事理解、能力向上、マンネリ化、時間不足、短時間会議、職場意識、支援）、活動自体（理解向上、評価、体制、診療報酬との兼ね合い）、人に関わること（人手不足、会議・カンファレンス等の兼任、非正規職員の処遇・労働状況、医師メンバーの偏り）等に関する課題が指摘されている。

本調査では、主に上述(1)について尋ねている。前アンケートにおける(1)の結果を裏づける、あるいはそれに付随する以下のような病院の回答がある。

A氏「病院全体での協力体制構築が課題だと思います。チーム体制や患者さんのニーズは時間とともに変化していきますので、ベストマッチな形を作っていきたいと考えています。これら以外に、コメディカル同士の連携の円滑化の配慮、教

育の充実としてチーム医療の結果報告、研修会発表などがあります。また、チームリーダーの資質、オーナーの配慮があると思います。先ほど話した中にも入っていますが、コメディカルですごく苦しんでいる人がいます。ところが、チーム医療ができていなくて、話を聞いたら、病院の体制として全くスムーズな流れではありません。そういう段階でアウトです。「しないでください」という空気ですとアウトです。後は、先ほど言ったように、リーダーが「あなたたちの意見は聞けません」という態度になってしまうとぎくしゃくしてだめになりますし、またチームではない人たちが足を引っ張るとだめになりますからそれらについてオーナーがテコ入れをしていかなければいけない、となります。今後の課題は、個人的に言うと、チーム医療について、今もこうしてインタビューを受けさせてもらっていますが、私は大きい病院で何がだめだったのかを、自分なりに考えて、そうならないようにしよう自分なりの答えでやっているだけです。実は、チーム医療がうまくいっている病院を見に行ったことは1度もありません。自分で見たことはありません。できればすごく上手にやっている病院とそのチーム医療を見に行ってみたいです。ただし、チーム医療はオールマイティで万能ではない、という指摘はそのとおりだと思います。（中略）医師は意外と頭が悪いと言う指摘も正にそれです。まずはチーム医療を過信している時点で頭が悪いと思います。しかもメンタリティーの問題がものすごく大きく、いろいろな工夫をしないといけないのですが、導入・設置したらOKだということは絶対にないと思います。（中略）企業であれば、クオリティなどよりも、売上とか諸々のデータが出ると思います。医療の場合は、少し難しいのが、すぐには結果が出ません。いろいろなファクターが多すぎて、測れないからです。何となくの盛り上がりとか、チームや病院の雰囲気とか、患者さんの満足度とかというファクターになりますから、これは一段と難しさが倍増する感じがします。失敗とは言えず、というようなこともあると思います。そこが医療の非常に難しいところでもあり、面白いところなのかもしれません」

B氏「各職種の専門性がまだまだ低いことです。これは永遠のテーマです。当院は、医師が少なかったにも関わらず、救急病院ですから、患者がたくさん来ます。今は部長や科長をして下さっていますが、以前から入職されており、昔の大変な時代を経験した医師が大半です。そのため、権限委譲については恐怖感がありません。皆、夜中に呼び出されて、休日にも呼び出されて、患者が死ぬか自分が死ぬかという経験をしています。医療専門職にできることは任せ、責任は自分がとるからとでもしないと自分を守れない、というところまで頑張ってくださった医師が多いです。ですから、当院はチーム医療が進歩したのだと思います。ところが、例えば、公立病院の場合は、大学からのローテーションで医師が2年いて、自分の業績を上げて、また帰って行きます。自分の業績が上がらないようなリスクの高い患者は断れば良いわけです。リスクの高い手術はしない、という医師がどうしてもできてしまいます。そうすると自分の目の届く範囲で行いますから、一から十まで全部、自分でしてしまいます。私はそのような公立病院と当院のような救急病院は、つまり本質的に発想の原点が違うように思います。（中略）当院で行っているチーム医療は、診療報酬は低いが、医療の質は上げないといけないという日本の医療に最も適したものだと考えています。企業の人にこの話をすると、「当たり前」とか「病院にしてはよく頑張っている」という声が返ってきます。それからすると病院には、まだまだ組織論とか、チーム医療とか、医療経営やマネジメントとかに関する学問的な基盤ができていないように思います。そこで皆が困っています。私もレゴ型とかもたれあい型とかと例えて、企業人に話をしますが、なかなか適切な説明表現がないというのが現状です。生命を助けるという意味で患者の状態がバラバラで結果が不確実という違いはあると思いますが、質を上げて生産性を上げるという意味では企業と同じで特殊だとは思っていません。必要な業務を全部こなしたら、質は良くなります。必要な業務をこなしていないから、質が悪いのだと思います。いくら1人の人間が頑張ったとしても、100人の患者を毎日診ることはできません」

C氏「専門領域の向上です。共通用語になるぐらいのレベルになれば、ということです。感染についても、まだ感染管理の医師の話についていけない人がチームの中にもいたりします。その彼・彼女らの向上のためには、研修に出していくということしかありません。関連する学会に参加し、情報を分かっている者が、それを配信・配布し、話し合いの際に説明をする、です。（中略）チーム内の連携を円滑にすることは重要ですが、難しいと思います。しかし、本当にこれに尽きると思います。病院では、部門同士がお互いに手を差し伸べないとつながらないというのがあります。しかし、この1つの建物の中にいるのに、元々が独立していたような部分があります。それからすると連携というのは本当に難しいと思います。指摘されたように連携が円滑な状態というのは、何か1つ問題が起こった場合に、同じレベルで解決をしようと思ってくれるということだと考えています。手伝ってあげるという意識ではありません。見た目ではなくて、気持的に解決したいという思いがあり、ここまで到達したいという思いがないと、チーム連携はできないと思います。そこから意識づけが始まってアクションが始まりますから、指摘のように一瞬にして阿吽の呼吸で動くというレベルではないと思います」

D氏「チーム医療に関わるマネジメントの質が課題です。多分、チームのリーダーが変われば、質とか、方向性が変わっ

てくると思います。ですから、チームのリーダーは、きちんと役割を把握しておかないといけないと思います。また、ブレたらだめですから、チームリーダーになる人は難しいです。管理職研修やリーダー研修について、例えば、看護部門は院外研修に行ってもらっています。また、他の部門は分かりませんが、管理の勉強を月に1回しています」

H氏「患者さんが、それぞれ入院してきて、急性期であったり、そのまま慢性期に入ったりします。その都度、病気に対してもっと知識があれば、もっとケアが簡単に、そして皆が統一されます。今、看護師とかりハビリとかの知識に頼っているところがあります。スペシャリストなので構わないのですが、可能であれば、皆で共有する、というように考えています。それぞれが病気ごとにチーム医療ができて、この場合はこうしよう、というようになれば良いと考えています。クリティカルパスは全部あるのですが、それ以上に、当院として、全部チームで考えて、1つ1つが決まっていけば、もっと皆の知識共有が進むということを看護部と話をしています。看護師は、皆、勉強熱心です。知識ベースを落としたくないし、プライドが一番高い職種です。よって、ずっと勉強をし続ける人が多いです。医局も作りました。医局で看護師の発表や勉強をいくらしてもらっても良いから、という理由です」

M氏「先ほども触れましたが、各チームがそれぞれの特異的な分野について、今はそれぞれに独立して動いているという形です。それを、1つのチーム医療推進室を設置してその中で統括を行い、感染や栄養に関する情報交換の効率アップとか、スキルアップとかに寄与する形ができれば良いと考えています。皆が悩んでいる多くの問題が、1つは解決できるのではないかと思います。それぞれが独立しているのは良い面もあるのですが、それぞれが自分たちの問題を抱えながら苦しんでいるという感じもします。今でも、実践や情報がどこかで止まった状態になっていれば、それらを共有して、問題解決につなげたいということです。こちらのチームが抱えている問題があって、あちらのチームが抱える問題があって、互いに悩んでいるのだけれど、実は、その問題は、こちらで既に解決されていて、解決の仕方もここにあるのだけれど、意外と知らないということです。それがうまく情報交換できれば、こちらの問題は早めに解決できます。そういうイメージです。ですから、感染チームそのものだけの問題ではなくて、チーム全体のマネジメントの問題だということです」

Q氏「専門知識の習得です。個人差があります。また、知識が古くなくてもいいけません。医師からの指導も多いのですが、専門職種ですから、できる限り自分たちで、患者さんに「こうです」と伝えたいと強く思います。例えば、回診時に褥瘡で治りが悪かったりすると「どうして治りが悪いのか」となります。そこで、それへの対応として次々に意見が出てくれば良いのですが、場合によっては、何も出てこないことがあります。それは勉強不足です。医学は、日々進歩していますし、情報量も多くてついていけないことも多々あります。指摘のように、確かに食欲不振となって、何が原因なのかと考える際に、直感的に対応することもあります。しかし、1つ1つの場合について、これが違う、あれが違うというように考え、対応していきます。それでも個別診断中に提示できないと、見落としてしまう可能性もあります。そういうことを考えても知識が必要です」

上述以外にも、マンネリ化、無駄の排除、経営理念の理解、職場風土、職員数の少ないこと、人事考課、カンファレンス等の活性化、地域連携、チーム力の成熟度や達成度の見える化、退院後の支援、職員の理解の向上を指摘している以下のような病院の回答がある。なお、チーム医療を発端として、病院のマネジメントに関する課題そのものに言及している回答もある。

E氏「マンネリ化が、最も直して欲しいところです。今、管理者向けの話を自分で原稿を書いて、配布しています。そこで一番言っているのは、管理者は常に考えていないとだめだ、常に自分を見直して組織の中で位置づけして、誇りを持たないといけない、ということです。管理者には、責任者連絡会議が、当院の委員会組織の中では1番ニーズが多いです。半年に1回まではできません。それは、すごくエネルギーが要るからです。それ以外にも、私が各種委員会に出席して、うるさいことを言います。それは嫌がられます。うるさいと思われているでしょう。何故、そのような研修をしたのかと言えば、管理職、しかも一番下の管理職が鍵だからです。例えば、「どうしてこういう約束になっているのですか」と聞かれて、「昔からしている」では、「そんな馬鹿なことを言うな」となります。そういう言い方をすると、反感は買いますが、「それは理由があるだろう」が本当です。何が重要なのかと言えば、専門的な知識というのは、教育よりも訓練です。教育というのは、基本的な立ち位置の話です。ですから、分からない話が出た場合に、どのように対処するのが大事です。私は基本的には、それは「普段から常に考える」という習慣だと思っています。それをしないと、質は上がりません。

考えていないということではなく、また、方向性が違うということでもないと思います。ところが現状は、たんに覚えていることを話すことが多すぎるということです。「どうして」と質問しても答えられない場合が多いです。これは事務職も一緒です。「あなたはどうしたいのですか。そして、その理由は何ですか」とさらに言えば、「我々にはどういう選択肢があるのですか。どういう選択肢があって、あなたはどれを選びたいのですか」です。1つに限る必要はないのですが、「それで、その理由は何ですか」ということはよく聞きます。その癖をつけておかないと、上位職になって部下に尋ねられた場合に、決められない、ということが生じてきます。例えば、「私の上司がこう言っているから、こうなのだ」となります。応用が利かないということです。例えば、個人情報の保護について、バリエーションはたくさんあります。これを全部落とし込むということは不可能です。よって、基本原則を押さえて、それにのっとって、どこまで問題点が解決されていて、どこまでいける、ここからはいけないという感触をもつことです。ただし、ギャップは必ずあります。しかし、それも自分で解決できるギャップかどうかを考えることが重要です。そこを頑張るしかないかもしれません。また、時間的な余裕があれば、他の人に相談することも考えなければなりません。あるいは、上司の判断を仰ぐのか、ということもあります。それができるようにしておかないと、マニュアルだけがが増えて、マニュアルに溺れてしまうことになります。そうしないと組織の質は向上しないと思います。ただし、自分勝手なことをしてはいけません」

F氏「周術期チーム医療の確立です。今は無駄が多いです。チーム医療をすることによるメリットの1つは、無駄が省けるということです。同じ仕事を他の人がしないということがあります。その人がすること、その職種でもすることのある程度、話し合って決めます。ですから、ある説明をまた次に行って同じように説明する必要がなくなります。よって、無駄がなくなりますので、とくに周術期には良いと思います。まだ無駄が多いと思います。チーム医療では、多職種の人が同時に集まって話し合いますが、その多職種からの刺激とか影響は、多分、あると思います。今は、変化しつつある途上だとも思います。どこの病院でも、病棟薬剤師を常駐させるというわけにはいかないのですが、時間を限って全病棟へ当院も行かせています。（中略）昔、患者さんの持ち込量は、その度々に看護師が外来で調べていました。今は、薬剤師がチェックをして、病棟に来て服薬指導等の専門職としての仕事をするようになってきています。これは看護師にも刺激や影響があります。看護師の仕事負担が減ります。お互いに良い関係になるのだと思います。（中略）専門性がある程度上がっていくと、組織に対しての愛着、一体感、帰属心がやや醸成しにくいという他病院の指摘ですが、それは、私はチーム医療をやる、やらないに関わらず、最近の人はそういう帰属意識を持ちづらい、あるいは持たなくなっている傾向にあると思います。社会一般にそういう意識があるのではないかと思います。帰属意識を持たせると言いますか、1つには職場の同じ看護師なら看護師のコミュニケーション、そういういわゆるアフターファイブも含めてそうだと思います。これは医師でも看護師でも同じだと思います。昔、私の大学生時代は、外にご飯を食べに行くと、寿司を土産として病棟に持って帰ったり、看護師を連れて飲みに行ったり、よく食事に行ったりしていました。そういうことが今は全くありません。多分、どこの病院でも減っていると思います。若い医師を連れて先輩医師が行ったりすることも、昔に比べるとずいぶん減ってきているように思います。なぜ減ってきたのかは、いろいろな原因があると思います。1つには、忙しすぎて、そこまで気持ちのゆとりがなくなって、早く仕事を離れたいとか、帰って家でゆっくりしたいとか、多分そういうことが多くなってきているのだと思います。よって、仕事上だけでコミュニケーションをとっているの、反面、人と人とのつながりは希薄になってきていると思います。それが、職場に対する帰属心が弱くなってきている原因ではないかと私は思っています。やはり希薄は良くないと思います。組織に対する思いが希薄であってはいけません。他人に対する思い、自分の勤務している病院に対しての思いを何とか向上させたいと思います。リーダー、私達や看護部長、あるいは各診療科の一番トップの医師たちが、口を酸っぱく、当院の使命、病院の目指すところといったものについて、声を出して、同じことでも繰り返し言って意識づけすることが一番ではないかと思います。また、若い人を本当は参加させたいのですが、彼女らは日常仕事が忙しいのでなかなか難しい面があります」

G氏「経営理念に対する理解の向上です。これは、経営者はいったい何を目標してやっているのか、ということです。病院は、圧倒的に与党は女性です。病院は、女性がいなければ成り立ちません。ただし、これは仕事だから我慢してやろうという面については、男性と比べるとやや落ちるかもしれません。また、人間関係のトラブルも時々起こります。「病院はこういうことをしようとしているのだから、あなたはそんなことを言っている場合ではないだろう」という考え方が通用しない場合もあります。看護師はとくにそういうことが多いです。例えば、当院の手術現場には、スタッフが機械の洗浄等をしているヘルパーを入れて14、15人います。その内、看護師は、3人しかいません。少ないです。それでは、当院の手術件数で、いったい誰がカバーをしているのか、です。臨床工学技士が9人います。臨床工学技士は、今はあちらこちらで養成されています。手術現場は、臨床工学技士のフィールドです。昔と違って、いろいろな機械がデジタル化され、レーザーがあって、スイッチが4つも5つもあって、機械の塊です。それらの管理は、医大の臨床工学科を卒業した人を

採用し、任せています。機械には強いですが。男性5人ですが、先ほどのようなもめごとはありません。手術現場を高く評価していると、もめごとをしていると恥ずかしいと思う空気が出てくるようです。波及効果も出ます。そこで、ある1カ所でトラブルがないようにすると、周りがそれに染まっていきます。世の中、つまり世間一般にはよくある話です。(中略) その一方で、看護師には教育という課題があると思います。例えば、訪問看護師であれば、患者さん宅にお伺いして全部を自分で判断をしないといけません。今までは、何かあれば医師の後ろに隠れていれば済んでいました。それを自分で積極的に関わって判断をしていくことができる教育をしないといけません。当院では、待遇改善よりもむしろそちらの方向にシフトしています。看護師もかなり変わりました。ただし、「大病院の手術現場にいました」と言う人がいるのですが、9割はダメです。指導的立場にいたという言い分は分かるのですが、何がダメなのかと言えば、丁稚奉公をしていないからです。それと大病院には、医師とコメディカルが同じレベルか、下手をすればコメディカルの立場が上という場合があります。ですから、例えば、手術道具を渡すときに、その渡し方というのは、こう渡さないといけない、間違いのない、というある意味で伝統的なやり方が正しいのですが、それを全く無視する人もいます。このようなことでよくやれてきたな、という1から教育し直さないといけない人がかなり多いです。現場を知らないのだと思います。定着率についても悪いということは、当院では考えられません。何故、定着しないのかと言えば、やりがい、だと思います。また、明確に上の医師が言わないからです。私はうるさいほど、「それは何が違うのか」と言います。これは、給料を払っている人と払っていない人の違いです。大病院や医大の部長や院長は、経営者から給料をもらっているわけではないです。これが大きな違いではないでしょうか」

I氏「当院の職場風土は、楽しいです。自分自身を認めてもらっている、と感じています。私がいなくては、とは絶対に思いません。私がいなくても、病院は絶対に回っていくとは思いますが。しかし、少し声をかけてもらったり、声をかける相手がいたり、そういうちょっとした気遣いというのは感じます。(中略) 当院は、法人全体として、こういう取り組みを行っています。善い行いをした人に対して、ベストサービスカードを「良かった」や「ありがとう」という言葉と一緒に渡す取り組みです。例えば、当院の職員が、床が濡れていたのをそれを拭いてくれる光景を私が見かけたとします。拭くのはもちろん当たり前の行為なのですが、拭くのは掃除の人の仕事であって、その人の仕事ではありません。しかし、濡れていたら危ないと思って拭いてくれた、その人に対して、「私は見ていました。あなたはすごく良いことしていましたね」ということで、言葉と一緒にその紙を渡します。もらった人は、その紙を投票箱に入れます。そうすると、1年に1回、TQMフォーラムの法人全体の会議で、抽選会があって、その人は賞品をもらったりします。たくさんもらう人もいます。すごくよく気がついて善い行いをたくさんする人は、ベスト職員として法人全体の中から選ばれて、表彰してもらいます。その逆もあります。バッドカードです。また、指摘のように失敗を認める・褒めるもあります。例えば、医療安全に出てくることに関して、勇気ある報告をしてくれた人には、これを使います。もちろんナイスカードもあります。勇気があるということもすごく重要だと思います。これは、風土の1つになります。当院で、おおよそ年間2,000枚近くになります。商品券だったと思いますが、多分、1位の人は50,000円くらいの商品券だったと思います。それ以外の抽選で選ばれる人は、多分3,000円くらいの商品券だったと思います。これはずいぶん前からです。ディズニーの研修が終わってからですので、10年以上になります。定着化してきたのが、ここ3年ぐらいです」

J氏「職員数が少ないことです。また、プロジェクトチームであるということと、具体的に感染対策もあります。1人何役で、看護部の委員会も持っています。受け持っているのが感染、接遇、広報です。私が今、教育担当です。師長4人が結構、受け持っています。私も含めて4人です。師長にはいろいろな面でかなりの負担があります。育成は、いつも考えています。定着が良いので育成はやりやすいです。今は、徐々にスライドをしています。教育は40代前半の人に「あなたに全部まかせました」という感じです。何ヵ月かの研修に行ってもらいます。その後1週間程度の看護協会の研修を済ませた4～5人を担当にして、徐々にスライドしつつあります。少しずつ年齢の高い人から役割を委譲しながら、行っています。院内のプロジェクトの方をもう少し抑えた方が良いのかもしれませんが。(中略) 医療安全については、留意はしているのですが、メンバー構成としては看護師と医師だけですので、コメディカルが少し弱いです。そこをもう少し意識をして欲しい、というのはあります。師長に負担がかかっていて、コメディカルの人たちがもう少し入って、積極的に意見を出したり、関わりをもったりして欲しいと思っています。感染に関しては、しっかりと引き入れているというのがあるのですが、それが充分でなかったり、病室に名前が載っていないかったりすると、やはり負担がかかってしまうということがあります。あとはNSTです。各部署のリスクマネージャーが意識をして、この患者さんには誰かが入る、というところまでいけばもう少し意識づけにはなると思います。看護師はリスクマネージャーを5人持っています。コメディカルなどは研修を受けていません。看護協会は、毎年リスクマネージャーの研修をしています。研修費も3万円くらいです。割と安いので行きやすいです。各部署にリスクマネージャーは必要だと思います。例えば、薬局に行ってもらおうとすると県外になりま

す。そこは課題です。しかし、そういう研修を受けると、動機づけができてきて、やるべきことが理解できるようになると思います。また、リハビリは、今、2人しかいません。本当は6人くらいが必要です。なかなかこういう地域だと難しいです。指摘のように給料で誘うというのは公務員ですから難しいです」

K氏「病院というところは、結局は医師次第というか、勤めている医師次第です。医師がリーダーであるし、医師が経営のある部分を担っています。また、最後はそこにいる人間の技量や思考の中で、自分たちには何ができるのか、ということです。そのために、自己研鑽として本を買ったり、研修会に行ったりして、いろいろなことでお金がかかります。当院は、それを予算として何%とか、診療報酬の何%とかをこれに充てることにしています。しかし、それらは、診療報酬には反映されません。診療報酬は国が決めたものです。ただし、それをしていないと、徐々に後退していきます。（中略）そのような面については、まだまだ考えられていないのではないかと感じます。勤務時間内に終われないということもあります。あまりストイックに「院内研修会に出るように」と病院が指示すると「それでは残業時間の手当を出してくれますか」ということになります。出さないこともありませんが、時間内に極力終わって欲しいと思っています。研修会もなるべく時間内には開催したいのですが、できませんので、自分の意思で参加することになっています。そこが弱いところですよ。たくさん人がいる病院はできるかもしれませんが、時間外で行っている病院も多いようです。しかし、全部を時間内にするのは無理です。それは、チーム数が多いからです。大きな病院で、先端的に行っている病院はそうかもしれませんが、一生懸命行っている人に対してどういう活動をして、どのように報いるのかというところが、弱いんです。今、当院では、人事考課の設計を行っています。一応目標を作って、個人が年間こういうことをする、後から上司がそれを評価して、自分も評価をして、達成できたかどうかを見ていきます。それでいろいろなことを試行しています。今、昇進時に反映させようということで新しい人事考課制度ができつつあります。秋に、職員に対する説明会をして、来年の春からやろうということです。行っても行わなくても同じではありません。やった人がある程度評価をされて、報われるようにしてあげたいと思っています。こういうことを行っても、一生懸命やる人もいれば、やらない人もいます。今までは同じでした。それではいけない、ということです。以前は、評価をするということが十分にできていませんでした。（中略）当院は、診療科が少ないので、それほど給与に差異はありません。診療科の多い病院によっては、多分、例えば、ポイントづけをして行っているかもしれません。以前は、それができなかったのだから今はそのようになっていくのかもしれませんが、基本はこれで、それ以上にこれだけやった場合には、あるパーセンテージでそれを評価するようにすればやる気が起こるかもしれません。やり方だと思います。ただし、今、これを実施すると組織がつぶれるのではないかと、蜂の巣をつついたようになりはしないか、と思っています。成果であまりどうのこうのということを強調せずに、職員の皆さんに成長して欲しいという目標を立てて、皆が成長して欲しいと思っています。欧米のような成果主義は少し無理だと思います。給与も大事だし、気持ちも大事です。給与だけで働いているわけではないからです。どちらもある程度バランスを取っていくことが重要かと思っています。企業の場合、報酬に関しては、多分、仕事で報いてきたという指摘ですが、そのとおりで、私もそういうやり方で行ってきました。大学病院の場合には、難しい手術や難しい患者さんに対応していくことが生きがいでした。給与は低くてもあまり斟酌しませんでした。そういう思いだったのですが、当院のような一般病院に来ると、それでは一般の職員は納得しないということが分かりました。やったことに対して正確に評価する物指し（評価基準）が無いと人事考課は難しいと思います」

L氏「研修会に行つて、効率的に活性化したい、と回答しました。カンファレンスは、患者さんへのカンファレンスなので、もっともっと活性化していかなければ、と思っています。研修会等をもう少し準備する必要があると思っています。研修会に皆を集めようとなれば、やはり時間外になります。土曜日でも地域の研修会があります。院内だけではなくて、いろいろな研修会があります。看護協会主催のようにそれぞれの職種の研修会もあります。冷静にインプットをする時間が少ないです。情報はどんどん入ってくるが、こちらからこちらへという感じです。ですから、これはもう少しシンプルに必要な情報を集めないといけないと思っています。これ以外に、皆がまとまって活き活きとつなげてもらいたい、と思います。そのためには、動機づけが足りない、と思っています。そしてとても良いことをしているということを自覚してもらいたいです。（中略）結局は成果による評価です。自分たちが頑張った分だけ良くなったということです。（中略）嚙下チームも、成果が見えにくいところですよ。地道な感じで、1例、1例を振り返り、難しいところを見つけて良くなったということがあれば、それは、それでモチベーションが向上すると思います。そういうことをやらないといけない、と思っています。（中略）人の記憶よりも、目に見えることで、最初はこうだったけれど3ヵ月後にはかなり改善した、ということが分かります。それはモチベーションを向上するにはすごく良かったと思います」

N氏「院長は地域連携が課題と回答しています。自分たちが良いと思って作り上げているのですが、現場が本当にそれを

活用できて、患者さんにメリットがあるものであれば良いと思います。絵に描いた餅になってしまうのは、よくありません。そういうところをチームでモニタリングができれば良いと思います。現場ではまだできていません。そういうアナウンスを1回したから良いというものではありませんし、現場の意見を吸い上げながら変えていくには、チームが主体となって動きます。現場の人を巻き込んで、一緒に考えてもらいますが、ゆるいものになっては困りますので、効果的なものに作り上げていかなければならないと思っています。難しいです。理想とは言え、理想を持たないとできないとも思います。今回、院内学会で、病棟の看護師と一緒にコラボしながら行っています。今まで携わってきた自分の反省も含めながら行っています。求めるばかりではなく、自分がどのように変わっていくのが、大きな課題だと思っています。歩み寄りや互いを指摘し合える関係性づくりは大事です。「あの人があのようなことを言った」といったことで終わるような浅薄なものでは困ります。指摘があれば、どのように改善していこうか、というようになれば良いと思います。1スタッフですから、自分が一生懸命頑張るしかないと感じています。(中略) 退院調整についてチーム医療を立ち上げておられる病院は、それほどないようです。どちらかと言えば、単独で退院調整をされているようです」

O氏「チーム力の成熟度や達成度に見える化です。これがなかなか測定しにくい。先ほど言った紹介率とかはできます。診療についても、もちろん件数にはなりますが、患者さんの治癒がどのくらい進むのかということにも関係していると思いますし、どこがどのようにうまくいって、どこがどのようにうまくいっていないのかということについて、いわゆる見える化する、というのは良いのですが、なかなか測定しにくいということです。ただし、現状は見える化を進めることでうまくいっています。(中略) 地域を巻き込んだチーム医療の構築もあります。例えば、当院が中心になって勉強会を地域の病院を集めて行っています。各病院が当院の下でその勉強会をしますということも含めて県にも届けています。その中で、感染制御だったり、NSTだったり、そういうことを地域の病院に我々のノウハウを使ってもらい、我々のスタッフが関わってそこをさらに良くできれば、と考えています。高飛車に上から目線ではなくて、向こうから学ぶことも非常に多いです。(中略) 地域を巻きこんで、地域に根ざすことです。地域から患者さんを吸い上げるだけではなくて、本当の意味で地域の医療に貢献し、あそこに病院があるからこの患者さんも良くなったとか、当院もあそこに病院があるからこういった方針でいけるとか、そういうようにならないといけない時代になってきています。そういう意味で、地域に根ざした転換を図り、そこにチーム医療を、ということです」

P氏「課題は沢山あります。長期入院者の退院をチーム医療でどう支援するのか、です。常勤内科医が実は不在なのですが、合併症等への対応をどうするのか、退院後はどう支援するのか、これらは大きい課題です。また、チーム医療の今後の活用や推進に関しては、専門性の多様性が求められているということです。入院者の高齢化が進んでいます。身体合併症や骨折が増えています。総合病院との連携が今以上に増えると思われます。合併症が主な方たちは精神科病院に必要はそれほどないかもしれません。あるいは当院から外した方が良くとも考えています。総合病院とは相互に利用できる仕組みを作る必要があります。身体的な救急医療と精神科の救急医療との連携もこれからの課題です。大きな院内外のチーム医療が求められていると思います。また、精神科病院として、心と体を病んでいる人たちには、専門性と全人的支援とを共に提供できる医療全般の、あるいは介護も含めた医療・介護のまとった連携チーム医療が求められています。これも大きな課題です。当院のチーム医療を今後の課題として、もっと自ら視点を抜けて活動の地平を上げられるようにシステムを変革していきたいです。(中略) 当院では院長を含め医師6人や看護部長も白衣を着ていません。病棟の看護スタッフもその傾向があります。PSWは白衣を着ていません。急性期治療病棟(48床)には、一昨年1年間で、外部から病棟に入ってきている人は毎日50人です。ですから、当院のスタッフはこれに慣れないといけません。病棟には当事者、家族の方、クリニックのスタッフ、あるいは行政の人などが入り乱れて入ってきます。毎日毎日です。それが、当院流です。そのようなことは鍵のかかった病院ではありえません。自由自在に出入りして、皆が座って話をしているからできることです。これが当院流です。この開放医療のために他院より苦勞しているかもしれません。しかし開放医療への理解はスタッフ間で共有されています。(中略) そういう意味で言えば、当事者ご本人の話を正確に聞いて、病状として「ここは我慢をして」という部分もありますが、一緒に話をしていくということをしないと、「それならば早く当院に我慢している」とは言ってもらえません。「本当は入院するのは嫌だ」し、「こんな部屋に入るのは嫌だ」けれど、仕方がないと言ってもらえるような関係になるように、いろいろなやりとりをしなければいけません。他の多くの病院は、サービスステーション(詰所)と病棟は、夜は鍵で仕切られています。当院は、自由にサービスステーションの中に入ってきて来ることができます。ですから、外部から実習で来ると、すごく不安になるようです。患者さんがずっと通っていくからです。そういう院内環境の中で、どうやっていくのか、どうやってつき合っていくのか、それらと日々奮闘中です。(中略) 仕事先として当院を選んでもらえる利益があります。他院から希望して転職して来る人もいます。キャリア組です。入職して、例えばアルコール依存症病棟に配属された時は、なぜそこなのかという理解が必要です。それには看護部長や看護師長などのリーダーシッ

ブが必要です。そういうことに慣れていくのが当院の伝統です。（中略）病院主催の海外旅行には、最近はそれほど多くのスタッフは行きません。盛んなのは病棟単位での懇親会です。一番継続的に行っています。皆が行きやすく参加しやすいという観点から海外旅行ではなくて、近場で一緒に食事をするというようなものは出てきました。全員参加のできる福利厚生です。20年以上昔は全員参加のものばかりでした。多くの職員が参加していましたが、最近は徐々に減ってきました。しかし新しいスタッフが来たら、全員参加の企画をもう一度行おうと試んでいます。海外旅行を含めた福利厚生行事は大体年間に5回あります。（中略）地域連携については地域連携室があります。そこでは入院受付をメインに行っています。その隣室は医療福祉相談室です。そこには8人のPSWがいます。病床運用ミーティングの後、2つの部署合同でミーティングをやっています。地域連携室のスタッフが多くの病院やクリニックを訪問しています。医師が同伴することもあります。相談室は、経済的活動、退院促進、訪問看護等を行っています。地域連携は、チーム医療の考え方を基に地域で支えている人とのチーム作りをするということです。（中略）介護のヘルパー、ケアマネ、ヘルパーの事業所等もいろいろな形で、入院から帰宅後も含めてチーム医療という話になります。それをイベントとして病診連携研究会として集まっていたいて、一緒に話をし、懇親をして、顔が見える関係づくりを行っています。定例的に大規模に行うのは年に1回です。130人から140人ぐらい集まります。一杯飲んで、お互いに顔を見ていれば親しくなります。地道に継続して、皆がその気になっていかないと、病気を持った当事者が安心しません。（中略）当事者の生活と一緒に、どうやって支援やサポートをするかです。なぜ今回、つまづいたのだろうかというように単に病気の治療だけでは済まないところでネットワークが欠かせません。そこで地域との関わりがよけいに重要になってきます」

R氏「チーム医療に対する職員の理解不足です。これを解決するには、例えば、理事長が指示等をすれば良いのかという指摘ですが、それはなかなか難しいです。チーム医療に対する理解が進んでいないという理由は、当院では、「そこまでする必要があるのか」という発想が今だに根底にあることだと思います。多分、経営者もそのような考えだと思います。どうしても経営のことが一番になってしまうのだと思います。（中略）実際に、感染対策管理加算1と2があります。その加算1が、地域の大きい病院です。いわゆる基幹病院です。加算2を取る病院は、中小規模の病院で、ある程度までの感染対策をする病院です。（中略）当院は規模的には大きく、加算2を取りたいと思って頑張っているところです。重症感染症は、当院では起きません。しかし、その反面、日々の衛生管理がものすごく大事になってきます。患者さん自身は衛生管理ができません。スタッフも、最低限と言え失礼ですが、皆がそれぞれに資格は持っているものの、充分ではありません。今、こういう感染対策をすると当たり前のようにこうなってしまう、というところが正直出ています。ややレベルが落ちるかもしれません。他の病院に追いつくようにレベルアップを図りたいと考えています。（中略）地域連携は、偏見と誤解を解くためにも、ある程度、地域の病院とのコミュニケーションは大事です。NSTがそれを行いました。（中略）当院は、認知症とか精神病患者さんの対応に慣れています。例えば、近隣の老健施設では、夜間徘徊をして認知症が酷くなったら、どのような対応をしたら良いのかというのが不得手ですので、当院のスタッフがやります。その点はものすごく良かったです。そういうことが、別病院・組織の両者に共有・普及できれば良いと思います。感染にしても、感染対策の加算2を取れば、また加算1の病院とあと加算2の病院がいくつかあれば、皆で情報共有ができます。（中略）今までやっていたのは、どうしても地域の精神科だ、という誤解です。今でも、正直に言えば、そういうことはあります。ただし、多少、それは良い方向に向かっていると思います。（中略）世間にはまだ十分に理解されていない部分もあります。精神科の単科病院の宿命かもしれません。おそらくどの地域でも多分そうだと思います。どうしても疎外感を少し受けるような感じで扱われることはあると思います」

Ⅳ. 調査の分析結果の要約と考察

1. 要約

本稿の前編である松田（2016）を含め、以上の要約は以下の表1のとおりである。なお、問1・2・8の記述は、その一部を前アンケートの結果に基づいている部分もある。

表1 インタビュー調査の要約・その1

項目 \ 回答内容	A氏	B氏	C氏
職種・職位	院長	院長	副看護部長
日時	2014年9月17日	2014年8月27日	2014年8月28日
その他	該当なし。	該当なし。	該当なし。
1. チーム医療とそれ以外のチーム活動の内容	(1)数：3 (2)導入年：2013年 (3)他チーム数：3	(1)数：30（大半がチーム。数えることができない） (2)導入年：1984年頃（本格的には2004年頃。機能を絞り込むと地域連携や病棟連携をせざるを得なかった） (3)他チーム数：数えきれない。	(1)数：5 (2)導入年：2002年（取組としては以前からあった。受け取りかたが違う） (3)他チーム数：0
2. （褥瘡、医療安全、感染管理以外の）チーム医療の活動分野	亜急性や回復、栄養サポート、個別疾病。	急性期のリハビリ、栄養サポート、個別疾病、薬剤師活用や薬物療法、地域連携、病院管理、退院調整・支援、災害時医療。	栄養サポート、退院調整・支援。 ※今後、呼吸系と災害は増やす。
3. チーム医療の導入の目的	医療の安全の向上、活性化や一体感の向上、仕事の効率性の向上（以前から取り組んではいたが、リーダー的存在の医師がきて推進）。情報共有と教育の充実。	「選択と集中」「分業と共業」のマネジメントの実践（導入時の事情と戦略）。質の高い・効率的な業務処理（生産ラインと同じ）。	医療の安全向上（多職種でないでと防げない）。一体感の向上。
4. チーム医療による成果	(1)経営：収益は微増。患者・家族の満足度は向上。呼吸不全等の急速悪化例は減少。 (2)職場：モチベーションの向上。積極的なチーム医療活用の空気感。医療ミスとクレームの減少。研修・委員会等の増加。情報共有の進展。	地域医療連携（逆紹介の増加による紹介の増加）とそれによる労働環境の改善（医師の個人的連携の減少）。	(1)経営：患者数は減少（チーム医療とは無関係な要因）。 (2)職場：明るくなった。意思疎通が良くなった。医療ミスの減少は無関係。
5. メンバーに生じた意識・行動の変化	効率性向上。スピード化。スムーズな情報交換。仕事責任感の向上。医師への発言が増えた。申し送りのパターンと見える化で無駄の減少。	高リスクに質のチーム医療を、低リスクに効率的なチーム医療を行うことによる業務効率化、自立自動、権限委譲。	病院全体に意識変化（会話が通じる）。当院の特色やアピールを説明しやすくなった。 ※患者さんからのアクションが増えた。
6. メンバー以外の職員に生じた意識・行動の変化	相談する敷居が下がり、積極的になった。	該当なし。	一体感の意識がまだまだである。依存心がある。
7. 推進や活用に際しての阻害（抵抗）要因	ルール策定。リーダーとリーダーシップ不足。医師のキャラクター。病棟や各科の壁。		コミュニケーション不足。知識情報量が少ないこと。
8. HPチームの内容	(1)名称：摂食・嚥下 (2)内容：2013年導入。11人。		(1)名称：医療安全(感染チーム) (2)内容：2001年導入。13人。
9. HPチームとそれ以外のチーム医療との差異	仕事満足度。チーム内のコミュニケーション度（他は一方通行的でフィードバックが少ない）。		配慮行動やコミュニケーション。

10. 今後の課題	病院全体での協力体制。コメディカル同士の連携強化、教育の充実（成果還元と研修会報告）。チーム医療への過度の過信。	各職種の専門性が低いこと（いろいろな経験をした救急病院は公立病院と発想の原点が異なる）。	専門領域の向上（共通用語になるレベルまでが目標）。
-----------	--	--	---------------------------

表1・続 インタビュー調査の要約・その2

項目	回答内容	D氏	E氏	F氏
職種・職位		総師長	事務部長	院長
日時		2014年9月17日	2014年9月10日	2014年9月10日
その他		他に副院長が1人同席。	該当なし。	該当なし。
1. チーム医療とそれ以外のチーム活動の内容		(1)数：10（安全意識の向上による） ※記入は13 (2)導入年：1996年 (3)他チーム数：10	(1)数：12 (2)導入年：1996年（1989年頃から意識しないが行っていた） (3)他チーム数：30	(1)数：14 (2)導入年：1993年（詳細は不明） (3)他チーム数：33
2.（褥瘡、医療安全、感染管理以外の）チーム医療の活動分野		在宅、栄養サポート、薬剤師活用や薬物療法、地域連携、病院管理、退院調整・支援、災害時医療、その他（レクリエーション、教育接遇他）。 ※2014年4月に入院支援を増やした。状況に応じて増設を考慮する。	亜急性期、在宅、栄養サポート、個別疾病、薬剤師活用や薬物療法、地域連携、病院管理、退院調整・支援、医科歯科連携。 ※大半は何かのチームに所属し、複数のチームに所属する職員も多い。	亜急性期、栄養サポート、個別疾病、地域連携、退院調整・支援、災害時医療、医科歯科連携。 ※増減については考慮していない（問6で回答）。
3. チーム医療の導入の目的		安全を中心に医療の質向上（院・院長の強い方針）。職場の活性化、一体感の向上。	医療の質・安全の向上。医療報酬の向上。機能評価の向上。 ※組織内への影響はそれほど意図していない。	医療の質・安全の向上（以前と患者さんに対する関わりかたが変化）。知名度や評判の向上。職員の仕事満足度の向上。
4. チーム医療による成果		(1)経営：医療収入の減少。褥瘡発生者の減少。安全面の向上 (2)職場：委員会、カンファレンス、研修等の増加。	(1)経営：患者数は増加（これだけの要因ではない）。 (2)職場：カンファレンス等はかなり増えた。組織的な発想は希薄。	(1)経営：ほとんど変化なし。 (2)職場：研修等の増加。自己啓発支援等の充実。
5. メンバーに生じた意識・行動の変化		意識変化。活性化。モチベーションや責任感の向上。	意識・行動の変化（褥瘡の発生率で測定）。	安全性や質の向上意識。リーダーとしての役割意識。メンバーの仕事への理解。
6. メンバー以外の職員に生じた意識・行動の変化		大半の職員が何らかのチームに所属しており回答不能。	全般的に低い。	リンクナースまでは変化があったが、まだまだの職種もある。
7. 推進や活用に際しての阻害（抵抗）要因		リーダーの存在（経営理念や方針の浸透不足）。	それほどない（低スコア。会議が多いことは課題）。	意識の低さ。コミュニケーション不足。職種を越えての協力姿勢が乏しいこと（医師の意識の低さ）。
8. HPチームの内容		(1)名称：医療安全管理 (2)内容：2006年導入。13人。	(1)名称：栄養管理 (2)内容：2004年頃導入。11人。	(1)名称：感染対策 (2)内容：10人。
9. HPチームとそれ以外のチーム医療との差異		ほとんど差異はない（配慮行動やコミュニケーション）。	仕事の効率性、スピード、リーダーシップ。	リーダーシップ、専門知識や経験のレベル、カンファレンス等の頻度。

10. 今後の課題	チーム医療に関わるマネジメントの質（リーダーの役割認識）。	マンネリ化の防止（管理者の継続的な思考行動と誇り）。	周術期チーム医療の確立。無駄が多いこと。帰属意識や一体感が希薄なこと。
-----------	-------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

表1・続 インタビュー調査の要約・その3

項目 \ 回答内容	G氏	H氏	I氏
職種・職位	院長	事務長	薬剤部副部長
日時	2014年8月29日	2014年9月19日	2014年9月19日
その他	該当なし。	該当なし。	該当なし。
1. チーム医療とそれ以外のチーム活動の内容	(1)数: 6 (実質は13と委員会5) (2)導入年: 2002年 (3)他チーム数: 6	(1)数: 12 (2)導入年: 2006年 (それ以前はなかった。地域連携室から開始)。 (3)他チーム数: 3	(1)数: 10 (定義に困った。委員会として今あるもの) (2)導入年: 1993年 (ICTが最初。増減はない) (3)他チーム数: 4
2. (褥瘡, 医療安全, 感染管理以外の) チーム医療の活動分野	亜急性期, 栄養サポート, 地域連携, 病院管理, 退院調整・支援。	亜急性期, 在宅, 栄養サポート, 薬剤師活用や薬物療法, 地域連携, 病院管理, 退院調整・支援, 医科歯科連携。 ※災害は増やす予定。統廃合は考慮していない。患者サービスと接遇には注力。	栄養サポート, 地域連携, 病院管理, 退院調整・支援。 ※今後も増える (例: 在宅支援, 口腔ケア)。
3. チーム医療の導入の目的	医師が不十分な部分を他職種の眼でカバーすること。医療ミスや事故の減少。コミュニケーションや情報共有の向上。	医療の質・安全の向上。一体感の向上 (以前は希薄)。	医療の質・安全の向上 (以前は閉鎖的に各病棟で対応)。職場の活性化。
4. チーム医療による成果	(1)経営: 外来患者数は減少 (通院回数の減少による)。手術件数に依存。 (2)職場: 委員会等の増加 (効率化が課題)。	(1)経営: 患者数の増加 (6倍)。経営理念や方針の浸透。 (2)職場: カンファレンス等の増加。ワークライフバランスの向上 (以前は低かった)。	(1)経営: 経営理念や方針の浸透。地域からの講演会等依頼の増加。クレーム件数の減少。患者さんの不満の減少。 (2)職場: モティベーションや満足度の向上。専門能力の活用。
5. メンバーに生じた意識・行動の変化	自分の意見を言うようになった (勉強をしないとついていけない雰囲気にした)。	意識行動の変化 (ついていけない人は辞職)。他職員の仕事への理解度の向上 (思いやり)。	大半の項目に変化があった。自覚が生じ, 勉強するようになった。
6. メンバー以外の職員に生じた意識・行動の変化	大半の職員はチームに所属している。	ほんの少しのチーム未所属の職員も自院への理解が向上した (全員参加の勉強会あり)。	大半の項目に変化があったと思うが, それがどの程度の影響によるものかは不明。
7. 推進や活用に際しての阻害 (抵抗) 要因	ほとんどないが, 一番の抵抗勢力は医師 (ガイドライン至上主義者の存在)。	経営理念の浸透不足。職種を越えて協力する姿勢の欠如。	(一般的な要因として) 消極的な職場雰囲気, コミュニケーション不足, リーダー不在, マネジメント力の不十分さ。
8. HPチームの内容	該当なし。	(1)名称: 電子カルテチーム (2)内容: 2013年導入。	(1)名称: 病院機能評価受審 (2年限定の自主PJ) (2)内容: 2012年導入。8人。
9. HPチームとそれ以外のチーム医療との差異	該当なし。	患者さんの満足度, 経営方針の理解がやや高い。	安全意識, 活性化, スピード, コミュニケーション度。

10. 今後の課題	経営理念に関する理解の向上（看護師の意識・行動変革）。	知識の共有（とくに循環器内科，整形外科，泌尿器科関連）。	職場風土の問題（大規模病院なので職種にもよるが一体感等に欠ける）。 ※バッドカード制度（医療安全に関する勇気ある報告者への報奨）。
-----------	-----------------------------	------------------------------	--

表1・続 インタビュー調査の要約・その4

項目	回答内容	J氏	K氏	L氏
職種・職位		看護部長	院長	退院調整看護師
日時		2014年10月3日	2014年10月3日	2014年10月7日
その他		他に看護師長が1人同席。	該当なし。	該当なし。
1. チーム医療とそれ以外のチーム活動の内容		(1)数：1（点数が取れるという意味。PJチームは多い） (2)導入年：2010年 (3)他チーム数：6	(1)数：6 (2)導入年：2001年（褥瘡） (3)他チーム数：1	(1)数：7（定義がバラバラ） (2)導入年：2002年 (3)他チーム数：0
2. （褥瘡，医療安全，感染管理以外の）チーム医療の活動分野		退院調整・支援，その他（救急） ※難しいが認定看護師の活用を中心に考慮している。	亜急性期，栄養サポート，個別疾病，病院管理，退院調整・支援。 ※増設は考慮していない。その時々で対応する（期限つきPJ）。	亜急性期，栄養サポート，個別疾病，医科歯科連携 ※増やすことは考慮していない。統廃合もない。
3. チーム医療の導入の目的		一体感や活性化の向上。患者数の増加。経営理念や方針の浸透。	医療の質・安全の向上。専門性の活用。患者さんの満足度向上（最初は診療報酬の増収も目的だった。組織横断的にはできていなかった）。評価機構への対応。	医療の質・安全の向上。専門性の発揮。職場の一体化。職員の仕事満足度向上（チームによる協働の効果）。評価の向上。
4. チーム医療による成果		(1)経営：コミュニケーションの向上。委員会・カンファレンス・研修会等の増加。 (2)職場：専門性や技能の向上。懇親会や福利厚生への機会。	(1)経営：診療報酬の増収（褥瘡患者数の発見率が増えた）。 (2)職場：カンファレンス等の増加（研修・勉強会はそれほど増えていない）。	(1)経営：感染・褥瘡患者数の減少。 (2)職場：委員会やカンファレンスの増加（2倍以上）。
5. メンバーに生じた意識・行動の変化		とくにコミュニケーション。他職種への理解。	それほど変化なし（患者さんへの成果はある）。	情報共有意識，仕事への自覚や責任。
6. メンバー以外の職員に生じた意識・行動の変化		大半の項目に変化が生じていない。	あるかもしれない（影響があるかもしれないが不明）。	ほとんどチームに所属する（チーム同士で影響を与えるように希望）。
7. 推進や活用に際しての阻害（抵抗）要因		職種を越える協力姿勢の欠如（個人による差異）。複数のチームメンバーになること。危機感の欠如。	消極的要因はなし。医師の人間関係やチームワークへの理解。コミュニケーション不足。	医療以外の雑務に時間がかかること。医療報酬や薬価基準の見直し。リーダーの不在。
8. HPチームの内容		(1)名称：感染 (2)内容：2011年に室を設置（委員会の下位）。9人。	(1)名称：糖尿病ケア (2)内容：2010年導入。15人。	(1)名称：摂食嚥下 (2)内容：2006年導入。12人。
9. HPチームとそれ以外のチーム医療との差異		経営状況への意識。行動変革。	安全意識。スピード化。効率化。活性化。	専門性や経験のレベル。カンファレンス等の頻度（学会への全員参加）。

10. 今後の課題	職員数が少ないこと。1人何役が多く看護師長の負担が大きすぎる。	人事考課（以前は評価が充分ではなかった）。	研修会等に行き、効率的に活性化すること（インプットする時間が少ない。疲れる）。
-----------	---------------------------------	-----------------------	---

表1・続 インタビュー調査の要約・その5

項目 \ 回答内容	M氏	N氏	O氏
職種・職位	副院長	退院調整看護師	副院長
日時	2014年10月7日	2014年10月8日	2014年10月14日
その他	他に院長と看護師等3人が同席。	該当なし。	該当なし。
1. チーム医療とそれ以外のチーム活動の内容	(1)数：11 (2)導入年：1991年（感染。以前から存在したかもしれないが、それほど無かった。回答票は2002年） (3)他チーム数：12 ※増やすことは考えていない。チーム間の合併はある。	(1)数：20（回答票は25） (2)導入年：1994年 (3)他チーム数：約21	(1)数：15 (2)導入年：2010年（2002年頃らしいが不明。多分、意識していなかった。回答票は2002年） (3)他チーム数：5
2. （褥瘡、医療安全、感染管理以外の）チーム医療の活動分野	在宅、栄養サポート、地域連携、病院管理、退院調整・支援。	亜急性期、在宅、栄養サポート、個別疾病、薬剤師活用や薬物療法、地域連携、病院管理、退院調整・支援、災害時医療、医科歯科連携。 ※必要があれば増える。また統合もあるかもしれない（NSTに褥瘡を含む）。	亜急性期、栄養サポート、個別疾病、地域連携、病院管理、退院調整・支援、医科歯科連携、その他。 ※コアに関しては増える予想する。
3. チーム医療の導入の目的	医療の質・安全の向上。職場の活性・一体化。職員の仕事満足度向上（他要因も関連している。以前はまとまりが低かった）。	医療の質・安全の向上。職場の活性・一体化。スキルの向上。倫理やコンプライアンスの浸透。コミュニケーションの向上（院内学会のシステム構築）。	（別病院の経営傘下に入ることが大きい転換点）医療の質・安全の向上。職場の活性・一体化。仕事のスピード化。専門性の向上と活用。情報共有度の向上。
4. チーム医療による成果	(1)経営：医療収入がやや向上。医療ミスの件数が減少。 (2)職場：委員会、カンファレンスや研修会等の増加（見直しを検討中）。	(1)経営：褥瘡発生数の減少。 (2)職場：情報共有の向上、離職率の減少。退院支援の意識変革。	(1)経営：他医療機関との提携の頻度の増加。 (2)職場：カンファレンス等や研修会等が増えた。情報共有度の向上（チーム医療をすることでどのようなメリットがあるか）。
5. メンバーに生じた意識・行動の変化	安全性意識、リーダーとしての自覚（行動、役割、成果。人間関係にはとくに注力）。	大半の項目に変化があった。とくに意識が高い。	プロ意識。情報共有や交換の意識や仕事責任の自覚。
6. メンバー以外の職員に生じた意識・行動の変化	大半の職員が何かチームに所属（任期がある）。	新入職員以外、何らかのチームに所属。	ポジティブな影響を与えている。勉強や知識吸収意欲向上の動機づけになる。
7. 推進や活用際に際しての阻害（抵抗）要因	役所の許可・指示の多いこと。コミュニケーション不足。リーダー不在。マネジメント力等の不十分さ。カンファレンスの浸透。	ほとんど阻害はない。	阻害はそれほどない。

8. HPチームの内容	(1)名称：精神科チーム医療推進委員会 (2)内容：16人。	(1)名称：退院調整 (2)内容：2011年導入。17人。	(1)名称：呼吸サポートチーム（RST） (2)内容：2012年導入。10人。
9. HPチームとそれ以外のチーム医療との差異	活性化、意識、仕事満足度、チーム内での配慮行動とコミュニケーション。	患者さんの動向に関する意識。	安全意識。仕事効率化。コミュニケーション度。高い志とお互いの尊重。
10. 今後の課題	独立して動いており連携性に欠けること（情報交換とスキルアップにつなげること）。	地域連携。成果のモニタリング・評価・活用。自己変革と互いを指摘しあえる関係性づくり。	チーム力の成熟・達成度と見える化の向上。地域を巻き込んだチーム医療の構築。

表1・続 インタビュー調査の要約・その6

項目	回答内容	P氏	Q氏	R氏
職種・職位		院長	栄養科主任	内科部長
日時		2014年10月24日	2014年10月29日	2014年11月25日
その他		他に地域連携室長他2人同席。	他に医師1人と看護師他4人同席。	該当なし。
1. チーム医療とそれ以外のチーム活動の内容		(1)数：5 (2)導入年：2004年（2002～2003年頃の改革による） (3)他チーム数：0	(1)数：12 (2)導入年：2002年（理事長の回診から開始） (3)他チーム数：1	(1)数：4 (2)導入年：2003年（それ以前はそれほど注力せず） (3)他チーム数：0
2. （褥瘡、医療安全、感染管理以外の）チーム医療の活動分野		亜急性期、薬剤師活用や薬物療法、地域連携、病院管理、退院調整・支援。 ※統廃合は終わっている。組合からの指摘があったが、減らずに増えている。	亜急性期、在宅、栄養サポート、個別疾病、地域連携、病院管理、退院調整・支援、その他（ケース・デスカンファレンス）。 ※効率的には行いたいと考慮している。歯科と医科の連携強化はあるかもしれない。	栄養サポート。 ※増やそうと思えばいくらでもあるが考慮している。
3. チーム医療の導入の目的		病院の改革。医療の質・安全の向上。職場の活性・一体化。	医療の質・安全の向上。職場の活性・一体化。専門性の活用や技能向上	医療の質・安全の向上。職場の活性・一体化。職員の仕事満足度の向上。
4. チーム医療による成果		(1)経営：経営理念や方針の浸透 (2)職場：カンファレンス等や研修会等の増加。情報共有度の向上。ワークライフバランスの向上。	(1)経営：医療収入の向上。医療ミスの減少。紹介患者数の増加。 (2)職場：情報共有度の向上。ワークライフバランスの向上。入退院関連の向上を検討している。	(1)経営：とくにはないが目標ができた。 (2)職場：職員の専門能力の活用向上（成果を共有）。
5. メンバーに生じた意識・行動の変化		大半の項目に変化が生じた。	大半の項目に変化が生じた。とくに仕事責任感や自覚の向上。	大半の項目に変化が生じた。とくにやる気と自覚の向上。他職員の意見を聞くようになった。自らが意見を言うようになった。
6. メンバー以外の職員に生じた意識・行動の変化		経営トップとのコミュニケーション度の向上。	大半の職員が何らかのチームに所属。	大半の職員が何らかのチームに所属。
7. 推進や活用際に際しての阻害（抵抗）要因		ほとんどない（10年前はかなりあった）。	とくに高い数値回答がない。職員のキャラクター、協調性。医師の意識改革は思いのほか進んでいない。	大半の項目が該当しない。皆が忙しいこと（会議の増加）。

8. HPチームの内容	(1)名称：病床運営ミーティング (2)内容：20～25人。	(1)名称：栄養サポートチーム (2)内容：2012年。15人。	(1)名称：栄養サポートチーム (2)内容：2012年導入。6人。
9. HPチームとそれ以外のチーム医療との差異	大半の項目に差異がある（決定権の差異による）。	活性化意識、患者さんの動向意識や満足度への関心度。	安全意識、活性化、スピード、仕事満足度。
10. 今後の課題	長期入院患者の退院支援と退院後の支援。専門性の多様性への対応。医療・介護のまとまった連携チーム医療の構築。	専門知識の習得（直感的対応で不安が大きい）。	チーム医療に関する職員の理解不足（必要性への認識不足）。地域連携。

2. 考察

以上に基づいて、以下のような考察を提示する。

(1)チーム医療およびそれ以外のチーム活動の内容（数、最古導入年数）

本調査では、導入・設置数をカウントする際に、その定義による混乱のあることが特徴的である。換言すれば、どの活動が前アンケートで尋ねているチーム医療に該当するのか、病院によって統一적ではないことである。これは、ほとんどすべての質問についても同様であるが、チーム医療は普及している、あるいはしつつあるとしても、その定義をはじめ、一般的なマネジメント施策としてはまだ十分に捉えられていない面もあることによると考えられる。また、もともと、例えば、外科手術等は執刀者の医師を中心にして複数人（いわゆるチーム）で行うのが普通であり、それからすれば「今さら」あるいは「あえて」という感はいないものがある。よって、従前から小集団、あるいはチームで行っていることが今日でいえばチーム医療に該当する、ということであり、マネジメント施策として意識したかどうかという程度にも当然ではあるが、差異がある。

しかし、これは、例えば、企業や諸組織・団体における組織変革のマネジメント施策であるCI活動等とはやや異なる趣を呈していると言える。従業者数が多い業界とはいえ、病院間同士や病院内でもチーム医療に関する理解や情報共有についてはまだ充分ではないと言える。なお、前アンケートの問1では、さらに詳細に(2)チーム医療の導入西暦年と(3)チーム医療以外のチームの数を尋ねているが、本調査でもその結果と同様の回答がある。

(2)（褥瘡、医療安全、感染管理以外の）チーム医療の内容（数、名称等）

本調査では、本問(2)の質問内容に加えて統廃合や今後の増設予定を尋ねている。減少を指摘する病院はなかったが、調査時点で「増設の予定がある」あるいは「増設を考慮している」とした回答がある。ただし、その中には諸事情から増えざるを得ない、および増えても限定的であるとした回答が多い。その一方で、「増設の予定はない」とした回答もある。これらは、病院の個別事情によるものであると考えられる。また、チーム医療がある程度普及し、その導入の評価については、共通的な認識が醸成されつつあり、企業に見受けられるブーム的な施策としての様相は呈していないと考えられる。

なお、本調査では、病院の職員には、チーム医療や他のチーム活動に所属していない職員もいることを想定していたが、全員あるいはほぼ大半の職員が何らかのチーム医療や他のチーム活動に所属し

ているとした回答もある。

(3) チーム医療の導入の目的

本調査では、前アンケートを裏づけるような内容が大半である。これをみるとチーム医療がマネジメント施策として、ある程度、その内容が意識・理解されていると考えられる。また、チーム医療自体は、国からの導入・設置の指導もあるが、医療費の継続的な抑制の状況下で、従来の医療のやり方の限界を自覚し、改めて医療のやり方とあり方、および病院のマネジメントを根本から見直す契機にもなっていると考えられる。

(4) チーム医療による成果（経営状況、職場）

本調査では、①経営状況の変化と②職場の変化という2つに分けて尋ねている。

① 経営状況の変化

本調査では、前アンケートの結果以外にも、患者の満足度の向上（不満やクレームの減少も含む）、医療ミスや褥瘡発生数の減少、患者数の増加、および医療収入の増加などが回答としてある。これらは、チーム医療が即効・効率的に病院の経営状況に影響を与えるということは少なく、どちらかと言えば、情報共有や交換が増える、あるいはスムーズにできることによって医療行為による成果が多様な意味（ミス・事故減少、患者満足度の向上等）で向上し、結果的に経営状況の向上や改善につながる、という流れで考えられる。

その一方で、やや異なり、直接的に病院経営の業績とは関係ない、あるいは職員の意識や行動変革とはそれほど関係（影響）がない、という回答もある。これは、今日、チーム医療は導入・設置が必然的であり、とくに従前からあるマネジメント施策と大きな差異を見出しにくいという理解があることによると考えられる。

② 職場の変化

本調査では、前アンケートの結果以外にも、職員のモチベーションの向上、情報共有の向上、カンファレンスや研修会等の増加等が回答としてある。これらは、断定はしにくいだが、情報共有や交換の向上にともなって生じる現象と考えられる。

その一方で、やや異なり、職場風土の改善にはそれほど関係（影響）がない、という回答もある。これも、上述①のようにチーム医療のマネジメント施策の理解における差異によるものと考えられる。

(5) チーム医療によるその構成メンバーに生じた意識・行動の変化

本調査では、前アンケートの結果以外にも、スピード化、活性化、行動の変化、自らが意見をいう等の回答がある。これらは、チーム医療の導入時の目的に合致しており、さらに他者の理解やリーダーとしての自覚等についても付随的に変化があると考えられる。また、グループ・ダイナミックスの観点からも個人の意識・行動変革がチームという場によって促進されたことが分かる。

その一方で、やや異なり、それほど変化が見出しにくいという回答の病院がある。これは、チーム医療の導入初期であり、観察者（院長）がその差異を把握しにくい状況にあったことによるものと思

われる。

(6) チーム医療によるその構成メンバー以外の職員に生じた意識・行動の変化

本調査では、前アンケートの結果以外にも、積極的姿勢などがある。これらは、上述(5)からすれば、予想どおりではあるが、数値がそれほど高くはなく、強い影響を与えていないことが特徴的である。今後の課題にはなるが、チーム医療のメンバーが他職員に良い影響を与えるという想定について、その程度と効果測定を見直すことが考えられる。これは、一般論として、チームメンバーが他職員へ与える影響について、再度、「影響を与える」ということ自体を含めて考慮する必要があるということである。換言すれば、「あのチームを見習え→（それを聞いた、見た、見習った）皆が変わる」という組織変革マネジメントを過大評価しているかもしれない、ということである。

なお、上述(2)で記述したように大半の職員が何らかのチーム医療に所属しており、「回答しにくい、あるいは不能」という回答の病院があり、質問項目の設計前提（病院には、チーム医療に従事している職員とそうでない職員がいる）を再検討する必要がある。

(7) チーム医療の推進や活用の際の障害（抵抗）要因

本調査では、前アンケート結果以外にも、リーダーシップの不足、職種を越えての協力姿勢不足、経営理念の浸透不足、雑務に関わる時間の増加、医療報酬や薬価基準の見直し、役所の許可や指示の多いこと等が回答としてある。

これらは、従来の医師（固定・絶対的なリーダー的存在）を頂点としたやり方からの変化に関する困惑やとまどい、およびチーム医療のやり方（情報共有を進めるために、たんにカンファレンスや委員会等を増やす）に関する導入時の混乱と考えられる。ただし、数値が高くなく、また「該当なし」あるいは「ほとんどない」とした回答も多く、深刻な要因ではないと考えられる。

なお、上述したようにこれらは、当研究室が多様なマネジメント施策を対象に行った従来の諸アンケート調査とは異なった結果である。それらの結果に基づけば、「保守的な職場風土」、「フォロー施策の未構築」、および「推進プログラムの不十分なこと」等が上位になることが多い（松田（2011））のであるが、同様な傾向は、前アンケートにも本調査にも見出しにくい。これから考えると、チーム医療は、組織変革の推進を阻害する要因がそれほど見出しにくいマネジメント施策であると指摘できる。その理由には、①医療行為の前提として、その停滞や中断がないとすれば、障害（抵抗）要因を除去することよりも推進する（患者の治療を進める）ことに重きがおかれている、②チームとはいえ少数人数（本調査では多くても20人超）対象の施策であり、松田（2011）等で判明している要因の影響を受けにくい、③要因がある程度予測できている、あるいは織り込み済みであり事前に対応している等があると考えられる。

(8) HPチームの内容（名称、設置時期、構成メンバーの職種と人数、活動内容）

本調査では、HPチームの特定に混乱や疑問はあるが、前アンケートの結果を裏づけている。人数的にも、構成職種について、とくに大きな特徴はない。また、カンファレンス、研修会等への参加が

積極的で、多いという回答であるが、とくに突出して多いということはない。その反面、プライベートな食事会等も予想したほど多くはない。メンバーとしての選抜方法については、自薦はほぼなく、多くは上司推薦・指名である。

(9)HPチームとそれ以外のチーム医療との差異

前アンケートの結果については、予想どおりではあるが、全般的に数値が高くないことから、それほど差異があるとは考えにくい。その理由は、上述したように差異の測定しにくさにあると考えられる。また、質問項目の設計自体にも考慮すべき点があったとも考えられる。

本調査では、前アンケートの結果以外にも、仕事満足度、配慮行動、カンファレンスや委員会の頻度、患者の満足度や動向把握、経営方針・状況の理解、安全意識、仕事のスピードや効率性等が回答としてある。

これらは、グループ・ダイナミックスの諸議論からも明らかなように、チームのもつ個人への影響（力）が強くあるものと考えられる。そして、それによって個人の意識や行動変革が促進され、最終的にチーム全体の成果を向上させていると考えられる。なお、今後の課題にはなるが、チーム医療を行う際の効率的なマネジメント手法とその成果に関する測定指標の設計がある。また、やや詳細にはなるが、チームにおけるリーダーシップの有効的な露出やメンバー間の有効・効率的な意思・情報伝達のメカニズム解明とその手法についても、さらに考慮していく必要があると考えられる。

(10)今後の課題（チーム医療、チーム医療以外のチーム活動）

本調査では、主にチーム医療の活用の課題について尋ねているが、前アンケートの結果以外にも、マンネリ化、無駄の排除、経営理念の理解、職場風土、職員数の少ないこと、人事考課、カンファレンス等の活性化、地域連携、チーム力の成熟度や達成度の見える化、退院後の支援、職員の理解の向上が回答としてある。また、チーム医療を発端として、病院のマネジメントに関する課題そのものに言及している回答もある。非常に多様であることが特徴的である。

これらは、普及し一般化しつつあるとはいえ、チーム医療がマネジメント施策としては、まだ十分に理解されているとは言えず、現場において、またその実践においても混乱や困惑のあることが考えられる。ただし、本調査では、病院個別においては、課題がある程度明確であり、網羅的でない病院が大半である。よって、課題への対処はそれほど困難ではないと考えられる。

参 考 文 献

- 伊藤正男・井村裕夫・高久史磨総編集（2009）『医学書院医学大辞典第2版』医学書院，1837頁。
松田陽一（2011）『組織変革のマネジメント－人の意識・行動とCI活動』中央経済社。
松田陽一（2015）『チーム医療の活用マネジメントに関するインタビュー調査報告書』未刊。
松田陽一（2016）「チーム医療の活用マネジメントに関するインタビュー調査の報告（前）」『岡山大学経済学会誌』第47巻，第2号，227-254頁。
松田陽一・川上佐智子（2014）『チーム医療が病院の組織変革に与える影響に関するアンケート調査報告書（集計結果）』未刊。
松田陽一・川上佐智子（2015）「チーム医療が病院の組織変革に与える影響に関するアンケート調査の報告」『岡山大学経済学会雑誌』，第47巻，第1号，45-69頁。

松田陽一編, 山本智子・川上佐智子・大月説子著 (2014) 『組織変革マネジメントへの招待～抵抗の除去とチーム医療の活用』
岡山大学出版会。